

IL PNRR NEL MIRINO

# 02 Sud

STANZIAMENTO

**€ 82 Mld**

OBIETTIVO

Il Sud, insieme a giovani e divari di genere è una delle tre dimensioni orizzontali previste dal Piano, che destina nel suo complesso il 40% delle risorse territorializzabili alle otto regioni del Mezzogiorno. Si va dalle ferrovie alla dispersione scolastica, dalla ricerca all'occupazione, con un focus specifico sui beni confiscati alla mafia e all'innovazione della Pubblica Amministrazione.

# 03 Case della comunità

STANZIAMENTO

**€ 2 Mld**

OBIETTIVO

Dei 7 miliardi che la Missione 6 mette sulle reti di prossimità, 2 saranno investiti per attivare 1.288 Case della Comunità entro metà 2026: vi opereranno team multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali nell'ottica dell'integrazione tra la componente sociale e quella sanitaria assistenziale. Un altro miliardo è previsto per la realizzazione di 381 Ospedali di Comunità per interventi a bassa intensità clinica con degenza di breve durata.

## 2. L'OSSERVATORIO SUL PNRR SOCIALE

**di Carlo Borgomeo**presidente di **Fondazione Con il Sud**

**I**n linea generale non si può che valutare positivamente un documento che assume esplicitamente la riduzione delle disuguaglianze di genere, generazionali e territoriali come requisito per lo sviluppo e come logica trasversale. Il Pnrr è palesemente orientato a corrispondere alle aspettative dell'Unione Europea: grande enfasi e risorse sui temi della rivoluzione verde e della transizione ecologica; ingenti investimenti per la digitalizzazione; forte impegno in materia di concorrenza; grande spazio ai temi della riforma della Pubblica Amministrazione e della Giustizia per la quale, in particolare, sono dettagliate proposte e progetti.

Naturalmente decisiva è la fase di attuazione che consentirà di valutare la coerenza delle singole scelte con l'impostazione generale del Piano. Da questo punto di vista le questioni che, in linea generale, appaiono più critiche sono probabilmente due: **non tutti i progetti e gli interventi individuano i risultati attesi e spesso si limitano ad individuare azioni da compiere o, addirittura, obiettivi da raggiungere.** Bisognerebbe invece, per quanto possibile, precisare i risultati che si intende raggiungere per le diverse azioni. L'altro tema di grande criticità, probabilmente

**di Angelo Moretti**

promotore Rete per il nuovo welfare

**Q**uando il paziente numero 1 è stato intercettato a Codogno, l'Italia è entrata letteralmente nel panico organizzativo. Il carattere tenace degli italiani ha creato le condizioni per una forte solidarietà regionale e nazionale che ci faceva sentire tutti più buoni e più fratelli solo perché restavamo in casa ed applaudivamo ai medici eroi, ma la verità è che i presidi di welfare erano totalmente saltati. Come in un salto indietro di un secolo, la pandemia ha riportato prepotentemente in scena due attori del '900, il Pronto soccorso dell'ospedale, per tutte le sintomatologie da Covid, e l'esercito, per il contenimento della popolazione. Due strutture collettivistiche che richiamano altre epoche ed altri mondi e che invece per diversi mesi, quelli "acuti" della pandemia, hanno

tenuto banco nell'offerta di risposte di salute e sicurezza. Non tutto però era fermo al '900 e mentre le Asl, quasi dappertutto, latitavano nel coordinamento dei pediatri e dei medici di medicina generale, il legislatore governativo, già dal mese di giugno, metteva timidamente mano alla grande riforma che la pandemia ci potrebbe lasciare in eredità: la diffusione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità.

**Cosa sono? Sono i presidi della salute del XXI secolo, sono nuove istituzioni sociosanitarie che intendono migliorare e agevolare il funzionamento delle vecchie infrastrutture territoriali nate dalla 833 del 1978, sono presidi di uguaglianza tra i territori.** Se la sanità territoriale si divideva in Unità Locali prima ed in

## IL PNRR NEL MIRINO

◀ quello decisivo per l'attuazione del Piano, è quello della governance. Vi è un problema nella definizione delle competenze e del coordinamento delle competenze delle diverse amministrazioni centrali; ma ancora più complesso è definire forme di rafforzamento e di assistenza alla Pubblica Amministrazione locale e di diversi enti territoriali che dovranno attuare circa il 50% dei progetti. Rispetto a questo problema, pur immaginando necessari alcuni apporti straordinari di qualificate professionalità, la strada maestra deve essere quella di non duplicare competenze e responsabilità che finirebbero inevitabilmente per dare luogo a conflitti e contenziosi, ma rafforzare in modo massiccio e a qualificare la Pa. **Il vero pericolo è che, considerati i criteri molto stringenti imposti dalla Ue sui tempi di spesa delle risorse, alla fine vengano finanziati comunque progetti già "pronti" a scapito della loro qualità.**

Rispetto al grande tema del Mezzogiorno, va ricordato in premessa che la persistenza di forti divari territoriali ha costituito l'elemento decisivo che ha fatto attribuire risorse così consistenti al nostro Paese. L'Europa ritiene che il ritardo del nostro Sud sia un vincolo allo sviluppo dell'intera eurozona, con tanti saluti a quanti invocano la necessità di investire sulla parte più sviluppata del Paese per accelerarne lo sviluppo complessivo. Il Pnrr prevede che il 38% delle risorse sia destinato al Mezzogiorno e

che quindi, nell'ultimo anno del Piano (2026) vi sarà una "deviazione" del Pil verso il Sud di 3,9 punti percentuali. Il ministro Carfagna rivendica con forza e con puntigliosità questi dati. Ma per chi si occupa di Mezzogiorno da molto (troppo) tempo questi dati, seppure frutto di una scelta chiara e condivisibile, non sono tranquillizzanti. Per decenni infatti sono state fissate quote di "riserva" per il Mezzogiorno, mai rispettate.

**Più in generale, il Piano mostra di trattare il tema del Mezzogiorno in modo tradizionale, senza introdurre un minimo di discontinuità rispetto allo schema tradizionale che ha guidato le politiche per il Sud in questi settant'anni.** Non si tratta solo di garantire risorse adeguate e di impegnarsi a rendere più efficaci e trasparenti i meccanismi di spesa. Questioni molto importanti, certamente. Ma ancora una volta assunte in una logica politica che sottovaluta la centralità, per lo sviluppo, delle questioni sociali. La debole infrastrutturazione sociale nel Mezzogiorno non è solo causa di disuguaglianze, ma vincolo, o come dicono alcuni economisti "trappola" per lo sviluppo.

In ogni caso, guardando agli interventi del Pnrr per il Sud, acquista grande rilevanza il tema, già trattato, della definizione dei risultati attesi per i singoli interventi. Ad esempio nel Piano vi sono risorse (300 milioni di euro) destinate genericamente alla riqualificazione e valorizzazione dei beni confiscati alle mafie, senza



Il percorso Benessere di Comunità realizzato nell'ambito di Villa San Giovanni (Rc)

a un percorso olistico di benessere – resta una chimera.

Quando scoppia l'emergenza Coronavirus, la medicina territoriale non viene presa in considerazione come avamposto della "resistenza": è noto che ai medici di medicina generale da marzo a maggio 2020 non arrivarono né mascherine né le istruzioni minime per prendere in carico i pazienti positivi al Covid, così come si sa che le corsie del Pronto Soccorso e le Rsa sono diventate hub di diffusione del virus. Anche quando arrivano i tamponi e i vaccini la medicina territoriale viene presa in considerazione solo a margine, mentre si dà centralità agli hub vaccinali.

Ma il decreto Rilancio prima ed il Pnrr dopo prevedono grandi trasformazioni. **Le riforme prevedono che la medicina territoriale sappia gestire i livelli essenziali di assistenza e la presa in carico personalizzata a partire dalle Case della Comunità, che ricordano nelle intenzioni la mission delle Unità di Salute Locale del 1978, offrendo servizi sociosanitari**

◀ Aziende Sanitarie dopo, con la Legge 502 del 1999, solo nel 2001 si arriva a definire per la prima volta i Livelli Essenziali di Assistenza, in un'Italia che nel frattempo non ha più l'ossatura "antropologica" del 1978. Il rapporto tra pediatri di libera scelta e medici di medicina generale con il loro territorio di competenza non è lo

stesso degli anni '80, la sanità privata accreditata si è organizzata in una miriade di offerte in questi lunghi quarant'anni e soprattutto dal 1999 gli studi medici privati sono più affollati di quelli pubblici e la pratica del "case management" – quella per cui un paziente viene preso in accoglienza da un'unica porta di accesso pubblica (Pua) per accedere

## 2. L'OSSERVATORIO SUL PNRR SOCIALE



Uno dei murales dello Sperone a Brancaccio, tra i quartieri più difficili di Palermo

indicare un percorso strategico e obiettivi specifici. Sarebbe invece opportuno prevedere il sostegno alla valorizzazione orientata ad una gestione efficace e di impatto di tali beni. Il recupero non è fatto di avventure eroiche, è la possibilità di creare un'economia sana e posti di lavoro in terre dove mancano. Il messaggio che deve passare è che la legalità conviene. Come pure, per molti dei risultati, è necessario definire l'esatta territorializzazione. Prendo ad esempio il tema degli asili nido su cui nel Piano c'è uno sforzo molto importante: l'intervento però non è opportunamente articolato per territori, che oggi presentano percentuali drammaticamente differenziate, dal 2% in alcune aree del Sud al 30% in alcune zone emiliane. L'obiettivo di aumentare la media nazionale della copertura degli asili non è sufficiente a ridurre le disuguaglianze, anzi è facile che avvenga il contrario.

**Un'altra questione è che molti interventi prevedono il ricorso a bandi: se questi saranno nazionali, inevitabilmente si determinerà un vantaggio per le aree più forti del Paese** tradizionalmente più capaci di predisporre progetti validi. Inoltre c'è la preoccupazione sulla fragilità della Pubblica Amministrazione locale, particolarmente grave al Sud, come certificato tra l'altro dalla vicenda dei Fondi strutturali. Bisognerà vigilare perché le recenti misure assunte in tale direzione, con l'immissione di nuovo personale nella Pa, abbiano effetti rapidi ed efficaci. ♦

diversificati e su misura dei cittadini di un territorio, come ad esempio l'Area di Accesso con il Cup (Centro unico prenotazioni) e il Pua (Punto unico di accesso); l'Area dei Servizi sanitari, che può ricomprendere medicina di base, prestazioni di primo soccorso, servizi specialistici ambulatoriali, diagnostici e terapeutici, day hospital, ospedale di comunità; l'Area dei servizi e delle attività sociali, che può ricomprendere assistenza sociale, centro diurno, attività associative; l'Area dei Servizi sociosanitari, luogo vero dell'integrazione, che può ricomprendere il consultorio, l'Unità di valutazione multidimensionale/multidisciplinare, l'assistenza domiciliare, la riabilitazione.

**Il Pnrr prevede 381 nuovi Ospedali di Comunità in tutta Italia**, una forma leggera di interventi per casi più complessi di quelli seguiti nelle Case della Comunità, presidi sanitari che hanno la mission di evitare una lungodegenza vera e propria ed il ricovero nelle Rsa. Gli Ospedali di Comunità seguono pazienti

### *La "pandemia" a cui non ci sottrarremo sarà l'invecchiamento della popolazione, che chiede risposte agili e veloci*

che non possono restare nel loro domicilio a causa della loro precaria condizione di salute ma che non sono in uno stato così acuto da dover subire un ricovero ospedaliero o un invio in una struttura protetta. Tutte le prestazioni di un Ospedale di Comunità sono finalizzate alla cosiddetta prevenzione terziaria, la prevenzione dell'ingravescenza delle diverse forme delle malattie croniche degenerative, ad esempio.

La vera "pandemia" a cui non ci sottrarremo infatti, perché è lo specchio del nostro buon welfare, sarà l'invecchiamento progressivo della nostra popolazione a cui le

risposte dovranno essere sempre più agili e veloci non potendo affrontare l'invecchiamento con la gestione attuale delle visite specialistiche e la distanza tra offerta privata ed offerta pubblica di servizi sanitari, generatrice di disuguaglianza.

**Case della Comunità ed Ospedali di Comunità, razionalizzando e riorganizzando il lavoro dei medici, degli infermieri e di tutto il personale socio sanitario di un territorio, consentono davvero di non sprecare gli insegnamenti di questa pandemia** e di prendere il meglio della Legge 833 ed il meglio della legislazione dei Lea per affrontare il futuro della salute del Paese in modo innovativo.

Non solo nei centri urbani, sempre maggiormente forniti di offerte di qualità, ma anche e soprattutto nei centri minori e rurali, dove una migliore offerta di servizi per la qualità di vita può invertire il trend dello spopolamento e dell'invecchiamento in atto, con ricadute importanti per lo sviluppo armonico e sostenibile del Paese. ♦