1.10. Risorse per il welfare in bilico

Tra interventi Covid, PNRR, manovre di bilancio e piani settoriali

Laura Pelliccia, | 18 ottobre 2021

Rispetto alle anticipazioni diffuse a primavera sulle scelte di fondo del Governo in materia di interventi finanziati attraverso il PNRR e delle riforme ad esso collegate, nel corso dell'estate, per effetto della pubblicazione di altri documenti istituzionali sul tema, il quadro informativo sul Recovery Plan si è arricchito di nuovi dettagli. Ad esempio, sono stati ufficializzati gli elenchi degli obiettivi intermedi e finali che condizioneranno l'erogazione dei finanziamenti, sono stati individuati i cronoprogrammi per l'erogazione dei fondi, sono state precisate le metodologie con cui sono stati stimati i costi degli interventi finanziati dal PNRR.

Questo processo si interseca necessariamente con i più ampi meccanismi di programmazione delle risorse, in particolare con le manovre di bilancio pluriennale e i relativi impatti sulla programmazione per il 2022, nell'ambito della sezione autunnale di bilancio. Il quadro tendenziale delle risorse per la sanità e per il sociale è, già di per sé, pieno di incognite, in quanto il 2020 e il 2021 sono stati caratterizzati dallo shock della pandemia: è dunque quanto mai difficile individuare il naturale trend evolutivo di medio periodo perché le tendenze in atto sono l'effetto di interventi straordinari di cui non vi è certezza di continuità di finanziamento

La manovra di bilancio per il 2022 va inquadrata anche nell'ambito dei processi programmatori che caratterizzano gli specifici settori, in particolare nell'ambito dell'aggiornamento del nuovo Piano Sociale Nazionale e del nuovo Patto per la salute.

Cosa sappiamo del PNRR per il welfare?

Come anticipato, il PNRR prevede una serie di interventi riconducibili al perimetro del welfare sociale e sociosanitario vero e proprio alla persona[note]In questa analisi vengono considerati esclusivamente gli interventi sociali e sociosanitari espressamente dedicati al welfare sociale e sociosanitario, escludendo quelle azioni che riguardano aree di confine come gli interventi socioeducativi, le attività trasversali a supporto dell'inclusione sociale (es. strategie per aree interne), gli interventi per l'innovazione tecnologico-digitale e la ricerca del SSN.[/note] per complessivi 8,45 miliardi (tab. 1), da erogarsi nell'arco di un quinquennio a carico del Resilence and Recovery Fund (RRF), di cui:

- 1,45 nella missione 5 (inclusione sociale) a sostegno dell'autonomia per le persone con disabilità, delle situazioni di povertà estrema (senza dimora) e per interventi di prevenzione dell'istituzionalizzazione delle persone vulnerabili e degli anziani non autosufficienti;
- 7 miliardi nella missione 6 (salute) per favorire le case della Salute, la promozione della casa come luogo di cura, la realizzazione degli ospedali di comunità.

Quando saranno erogati i fondi del PNRR?

Dal punto di vista temporale, si apprende che non si tratterà di un'erogazione uniforme, in quanto ogni intervento avrà un proprio cronoprogramma con impatto diverso sulle varie annualità. Da un'aggregazione per missione della distribuzione temporale delle specifiche linee di intervento, risulta che, mentre la missione 5 vedrà nel corso del 2022-2023 l'apice del proprio effetto finanziario (Fig. 1), con una riduzione sull'ultimo biennio, per la missione 6 si prevede un graduale e crescente finanziamento che esita in un livello di finanziamenti particolarmente concentrato negli ultimi anni del quinquennio (nell'ultimo anno, ad esempio si prevedono risorse straordinarie del PNRR per oltre 2,2 miliardi per la sanità, (Fig. 2)

Figura 1. Welfare sociale e sociosanitario nella missione 5, cronoprogramma delle erogazioni RRF, milioni di €



Quali tipologie di costi saranno finanziabili attraverso il PNRR nel quinquennio a venire?

La risposta è diversa a seconda degli interventi: in generale prevale il finanziamento dei costi per la realizzazione infrastrutturale/tecnologica delle opere, mentre più raramente il RRF finanzia la spesa di natura corrente. Nello specifico, gli interventi di spesa corrente cui viene riconosciuto un ruolo “growth friendly” (la loro espansione corrente si presume abbia benefici strutturali per il paese) sono quelli della missione “salute” per lo sviluppo dell’ADI (il personale), quelli della missione “inclusione” per il personale per assistere nelle fasi delle dimissioni protette e, parzialmente, i costi per gli interventi per le persone senza dimora (tab. 1).

Come saranno finanziati questi costi una volta che il piano sarà concluso?

Per gli interventi della “missione 5” che, a regime, dovrebbero diventare “LEP”, la questione della sostenibilità futura è affrontata in modo vago: si sostiene che, una volta concluso il PNRR, gli interventi dovranno essere finanziati dai fondi settoriali/comunitari(ad esempio, per l’intervento 1.3 dal Fondo per le non autosufficienze o dai fondi UE); per la “Missione 6”, invece, il destino post PNRR è più diffusamente argomentato, anche se con prospettive poco incoraggianti: infatti, sembrerebbe che dal 2027, le varie misure del PNRR per potenziare l’assistenza territoriale comporteranno una spesa sanitaria addizionale per oltre 2 miliardi annui (principalmente spesa per il personale) che saranno finanziati in parte dando continuità a precedenti potenziamenti del FSN (745 milioni[note]I finanziamenti del DL Rilancio per la quota riconfermata per gli anni successivi al 2020 per il personale ADI (265 milioni) e per gli infermieri di famiglia (480 milioni).[/note]), in parte con un ulteriore reintegro del FSN (180 ml) e, per la differenza (1,12 mld), attraverso altri risparmi che si prevede di conseguire attraverso una riduzione del ricorso inappropriato ad alcuni servizi (la riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati, la riduzione degli accessi con codici bianchi/ verdi al pronto soccorso, il consumo inappropriato di farmaci)

Come sarà verificato il raggiungimento degli obiettivi?

In continuità con le prassi da sempre in uso per i fondi comunitari, sono stati individuati precisi target da raggiungere, fattore che condizionerà l’effettiva erogazione delle risorse ai beneficiari. Sono stati definiti alcuni obiettivi intermedi e alcuni obiettivi finali, riepilogati nella tabella 2.

In generale, non si tratta di obiettivi qualitativi, bensì solo quantitativi (es. numero di progetti realizzati, numero di utenti raggiunti) e monodimensionali. Non rileveranno alcuni aspetti cruciali – specie se si considera l’obiettivo delle riforme a cui gli interventi dovrebbero contribuire – come la valutazione dell’efficacia e degli outcome delle azioni intraprese. Inoltre, non sembrano essere monitorati alcuni aspetti quali le modifiche agli attuali modelli organizzativi dell’erogazione di questi servizi

e delle dinamiche tra servizi diversi: ad esempio, mentre ci si aspetta che a regime diminuiranno i ricoveri ospedalieri, il monitoraggio del recovery plan si focalizza solo sulla rilevazione del numero di assistiti in Adi, senza osservare gli effetti che questa azione avrà sugli altri servizi (ad esempio sugli accessi in pronto soccorso, sui ricoveri ripetuti ecc). Insomma, sarebbe stato utile definire obiettivi "di sistema", di monitoraggio degli effetti delle politiche non solo sulla singola azione prevista dal Piano, ma anche sugli effetti attesi in termini di capacità di realizzare le riforme. Il pericolo è che tutti gli sforzi degli attori coinvolti nella realizzazione del piano si concentreranno sul conseguimento dell'obiettivo che sarà misurato ai fini dell'erogazione dei fondi, trascurando il monitoraggio sull'impatto di più ampia portata sistemica.

La necessità di incoraggiare processi di reale riqualificazione dei servizi è oltretutto strumentale all'obiettivo della sostenibilità economica che, a regime, il PNRR sembra voler conseguire: affinché il potenziamento dei servizi territoriali finanziato del PNRR possa tradursi in risparmi sui ricoveri (oppure sulle istituzionalizzazioni) è necessario sviluppare servizi territoriali efficaci, intensivi e multidisciplinari. Se invece dovessero essere favorite prestazioni di tipo estemporaneo ed episodico (ad esempio un'Adi fatta solo di prestazioni di livello base, come ad esempio i prelievi ematici al domicilio) sarebbe improbabile aspettarsi effetti positivi su altre linee del sistema. Per conseguire una reale riqualificazione della spesa occorrerebbe incentivare quegli interventi più intensivi ma anche più costosi (accessi frequenti di team multidisciplinare e multiprofessionale) che possano rappresentare per l'utenza un'alternativa ai ricoveri[note]Nella stima dei costi della missione 6, invece, si ipotizza un aumento del numero di utenti dell'ADI a parità di attuali caratteristiche erogative (accessi poco frequenti e monodimensionali).[/note].

Infine, si sottolinea la debolezza nell'individuazione degli obiettivi target per l'area sociale dove, per la maggior parte degli interventi, mancano indicatori per rilevare i livelli di servizio.

Cosa non sappiamo ancora del PNRR per il welfare?

Restano invece da definire alcuni fattori operativi non di poco conto, ad esempio:

Quali tipi di operatori potranno essere coinvolti nella realizzazione degli interventi sanitari territoriali?

Solo le aziende del SSN, oppure anche strutture del privato accreditato? Sarebbe necessario un rapido chiarimento rispetto a una questione emersa già nella gestione dei fondi del DL 34 e mai chiarita a livello istituzionale, configurandosi pertanto come un freno alla relativa implementazione degli interventi.

Come saranno ripartiti i fondi tra le regioni?

Ad oggi, a parte quanto previsto nel DL 77/2021 (è stata individuata una riserva del 40% per tutte le linee dell PNRR da destinare alle regioni del Mezzogiorno), non sono stati precisati i criteri di distribuzione sul territorio nazionale per gli interventi di interesse del welfare.

Come sarà gestita l'esigenza dell'integrazione tra sociale e sociosanitario?

Ad oggi sembrano essere assegnati obiettivi frammentati per i due settori, senza raccordo tra le due politiche. Ad esempio, l'obiettivo della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (formalmente sotto la responsabilità dell'inclusione sociale ma, inevitabilmente, di rilevanza anche per il versante sanitario) non ha ancora trovato una strategia operativa fatta a partire dall'analisi dei bisogni, delle relative risposte. Oltretutto, è previsto il potenziamento degli interventi assicurati dai servizi sociali nella fase della postacuzie (dimissioni protette), senza tuttavia esplicitare se e come ci sarà un rafforzamento delle risposte quando il bisogno diventa di tipo continuativo. La stessa questione non è affrontata nemmeno in ambito sanitario (si prevedono azioni a supporto della fase di postacuzie attraverso gli ospedali di comunità, mentre non è chiarito se e come le azioni del PNRR si tradurranno in interventi di sostegno ai bisogni di tipo Long Term Care).

Le prospettive per il finanziamento del welfare attraverso i fondi nazionali

L'esperienza dell'ultimo biennio è quella di un crescente livello di finanziamento della sanità, quale effetto degli interventi straordinari per l'emergenza Covid: si è trattato di finanziamenti stanziati nel 2020 per il potenziamento dei servizi ospedalieri (ad esempio le terapie intensive), ma anche per incoraggiare lo sviluppo della rete dei servizi territoriali (in particolare il DL

Rilancio aveva previsto un rafforzamento del territorio per circa 1,25 mld).

La manovra per il 2021 ha visto una solo parziale conferma sul Fondo Sanitario 2021 dei finanziamenti straordinari per l'emergenza sanitaria del 2020, stanziando ulteriori risorse per quelle che risultavano le priorità del momento (vaccinazioni Covid). Di fatto, il protrarsi della pandemia ha fatto sì che le attenzioni dei territori, anche per il 2021, fossero concentrate sulle attività direttamente legate alla gestione pandemica (terapie intensive, tamponi, vaccinazioni), con il risultato che è probabile che il potenziamento del territorio sia rimasto ancora una volta in secondo piano. Nonostante una parte del Fondo 2021 fosse stata assegnata alle regioni con una finalizzazione specifica, per alcune azioni di potenziamento del territorio (Adi e infermieri di famiglia per complessivi 745 milioni), ancora oggi si attende una vera e propria definizione, a livello nazionale, di un piano strategico per lo sviluppo dei servizi interessati (ad esempio di un piano per la domiciliarità); oltretutto, nel corso del 2021, ci sono stati anche segnali che hanno lasciato intendere che i vincoli di destinazione delle risorse fossero poco stringenti[note]Ad esempio, il DL 77 (sostegni bis) in fase di conversione ha consentito alle regioni di utilizzare gli avanzi delle assegnazioni straordinarie 2020, a prescindere dalla destinazione originaria, per tutte le attività Covid correlate, stemperando, dunque gli originali vincoli di destinazione per il territorio[/note], comportando, di fatto, il rischio che anche nell'anno in corso si sia persa l'occasione per una riforma dei servizi del territorio.

Sulle già tante incertezze è arrivata la Nota di Aggiornamento al Def che ha definito le traiettorie evolutive del Fondo Sanitario a legislazione vigente. Se non interverrà una nuova manovra correttiva, nel 2022 – venendo meno parte dei finanziamenti straordinari Covid che prevedevano misure di potenziamento a tempo determinato- si prospetta una drastica riduzione della spesa sanitaria in valore assoluto (-2,9%) e in rapporto al Pil (dal 7,3 al 6,7%), tendenze che, a legislazione vigente, proseguiranno anche nel biennio successivo[note]La spesa sanitaria del 2021 pari a 129,5 miliardi e il 7,3% del Pil, nel 2024 si attesterà a 124,4 miliardi e il 6,1% del Pil.[/note]. Con queste incognite e, in un panorama in cui le regioni devono fare i conti con la necessità di proseguire il finanziamento di attività Covid correlate (es. terza dose dei vaccini, tamponi), è poco probabile che i programmatori locali intraprendano iniziative di sviluppo dei propri servizi per il welfare.

Rispetto a queste prospettive, come si pone il PNRR? La possibilità di finanziamenti attraverso questo ulteriore canale sarà considerata come sostitutiva del Fondo Sanitario Ordinario? Si spera non sia così, perché ciò non consentirebbe di confidare su risorse certe e strutturali a regime: i programmatori locali adotteranno interventi di potenziamento strutturali solo se avranno certezze sui canali di finanziamento tradizionali. Infine, si ricorda che per raggiungere gli ambiziosi obiettivi di riforma c'è bisogno non solo di certezza delle risorse, ma anche che i fondi siano accompagnati da una chiara strategia organizzativa degli interventi, attraverso adeguati piani settoriali

Queste considerazioni sono valide anche per i servizi sociali. Rispetto allo storico sottofinanziamento di questo settore, per alcuni target di bisogno sono in atto alcuni correttivi strutturali (es. fondo povertà e i relativi piani di potenziamento del servizio sociale professionale), mentre altre tipologie di interventi non hanno ancora trovato, nel finanziamento ordinario leve di sviluppo, con evidenti segnali di regressione (ci si riferisce soprattutto al SAD i cui volumi risultano in perenne diminuzione). Il PNRR porterà risorse aggiuntive per un orizzonte temporale limitato (2022-2024) delegando poi ai canali ordinari[note]Eventualmente integrati dagli ulteriori fondi che dovessero arrivare dai programmi UE[/note] la sostenibilità a regime degli interventi inclusi nel piano (prevenzione allontanamento familiare, conversione RSA in gruppi appartamento, SAD post dimissione ospedaliera, supervisione personale servizi sociali, housing temporaneo/stazioni di posta). Come si concilia questa strategia di finanziamento con l'obiettivo dichiarato di elevare questi interventi al rango di LEPS? Diventeranno LEPS solo gli interventi innovativi del PNRR oppure lo saranno anche gli altri interventi sociali tradizionali (es SAD, centri diurni, assistenza residenziale ecc)? Quali saranno gli obiettivi quali-quantitativi di servizio da assicurare in tutto il Paese? Anche il nuovo Piano degli Interventi e dei servizi sociali 2021-2023 non aiuta a sciogliere questi dubbi.

Bibliografia

- Commissione Europea, Analisi del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia, giugno 2021
- Consiglio dell'Unione Europea, allegato alla decisione di esecuzione del consiglio relativa all'approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia, luglio 2021
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Implementation, monitoring, control and audit of the national recovery and resilience plan (NRRP), maggio 2021
- Servizi Studi Senato e Camera, Schede di lettura – Il piano nazionale di ripresa e resilienza, maggio 2021
- Mef, Documento e Economia e Finanza, Nota di aggiornamento al Def, ottobre 2021
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali, Agosto 2021