



PER UNA RIFORMA SUSSIDIARIA DEL PNRR

PREPARATO DA

Commissione "PNRR"

Pubblica Agenda "Ditelo sui tetti"

31 luglio 2023

DIT ELO
**SUI
TETTI**
Pubblica Agenda Sussidiaria e Condivisa



www.suitetti.org

Il Presidente del Consiglio dei ministri, On.le Giorgia Meloni ha inaugurato la formazione del Governo della XIX Legislatura affermando che “lo Stato non deve più disturbare chi ha voglia di fare”. Partendo da questo condivisibile auspicio il network di associazioni “Ditelo sui tetti”, promotore della Pubblica Agenda Sussidiaria e Condivisa presentata il 9 marzo 2022 a Roma (cfr. www.suitetti.org), attraverso lo staff di competenze coordinato dall’Ucid – Unione Cristiana Imprenditori Dirigenti, ritiene sempre più evidente che il raggiungimento degli obiettivi del PNRR oggi rischi di essere compromesso dalle oggettive limitazioni della macchina amministrativa pubblica, originariamente immaginata quale il soggetto sostanzialmente unico protagonista dei fondi di un piano di aiuti economici con una dotazione superiore a quella del Piano Marshall, ma che proprio per questo corre il pericolo di avere un impatto di molto inferiore sull’economia italiana.

In forza di questa evidenza, apprezzando peraltro le modifiche nella governance del PNRR introdotte dall’Esecutivo allo scopo di rendere più efficace ed efficiente la gestione, riteniamo che la via maestra per garantire una reale ‘messa a terra’ delle risorse, perseguendo e non stravolgendo gli obiettivi del piano, sia quella di allargare la platea dei soggetti coinvolti mobilitando la società nella sua interezza in una maratona sussidiaria per l’attuazione del piano e l’impiego dei fondi.

Attraverso il principio di sussidiarietà orizzontale, allargando la platea degli attori/erogatori, occorre in ogni ambito come ad esempio per la Sanità, la Scuola, il Mercato del Lavoro, spostare il finanziamento dall’offerta alla domanda, lasciando che l’offerta si costruisca autonomamente attorno ad una domanda attrezzata da bonus/voucher liberamente orientabili e lasciando allo Stato e alle sue articolazioni una funzione di regolatore neutrale, in grado di vigilare sul livello qualitativo dei risultati da perseguire, secondo l’esperienza positiva già praticata da alcune regioni italiane come la Regione Lombardia.

Occorre liberare nuovamente quelle energie dell’autonomia privata che con il proprio dinamismo furono già il vero motore del miracolo italiano nel secondo dopo guerra. D’altronde, tanto il terzo settore, quanto le imprese e altri soggetti privati possono contribuire proprio a colmare gli evidenti gap della Pubblica amministrazione.

Per tali ragioni, l’Agenda “sui tetti” ha indicato fra i propri obiettivi la necessità di una “ristrutturazione del metodo con cui perseguire i pregevoli obiettivi del PNRR, che vanno declinati maggiormente secondo il principio di sussidiarietà orizzontale, coinvolgendo il mondo imprenditoriale e del terzo settore, in particolare facendo leva, almeno nei comparti delle infrastrutture, della promozione dell’occupazione (lavoro), della sanità e del welfare, nel partenariato pubblico privato, nonché nel coinvolgimento dei corpi intermedi nelle azioni a valenza sociale e di rigenerazione urbana”.

Di seguito, si declineranno alcune specifiche proposte che si ritengono ancora realistiche, per innestare nel PNRR semi di sussidiarietà, che si crede possa favorire tempi più celeri di realizzazione degli obiettivi, nonché -e soprattutto- una più positiva ricaduta degli stessi che attivi volani vitali ed efficienti nella società italiana.

Metodologicamente, si chiede innanzitutto di avviare un “bilancio sussidiario”, che monitori ad ampio spettro tutte le ricadute del PNRR stesso nell’attivazione di soggetti imprenditoriali e sociali.

CO-PROGRAMMAZIONE, CO- PROGETTAZIONE, PARTNENARIATO PUBBLICO-PRIVATO

In questa prospettiva, per un primo aspetto si evidenzia che il Codice del Terzo settore ha previsto alcuni istituti giuridici cooperativi e collaborativi, segnatamente, la co-programmazione, la co-progettazione e il convenzionamento (diretto). Si tratta di modalità di partnership tra pubblica amministrazione ed enti non profit il cui focus è il progetto, unitamente alla finalità sociale da perseguire, che può anche non prevedere – come spesso accade in questi casi – il pagamento di un corrispettivo da parte della pubblica amministrazione. Quest'ultima, inoltre, non figura quale soggetto committente in quanto, in forza del principio di sussidiarietà, può agire sollecitata dagli enti di terzo settore ovvero può rivolgersi a questi ultimi per definire con gli stessi percorsi e modalità di definizione degli interventi in una delle aree di attività di interesse generale di cui all'art. 5 del Codice del terzo settore.

Per un secondo profilo, si osserva che il Partenariato Pubblico-Privato (PPP), previsto dal Codice dei contratti pubblici è già indicato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in termini di catalizzatore di risorse finanziarie private, ulteriori rispetto a quelle stanziare dall'Unione europea, per assicurare il raggiungimento degli obiettivi del Piano. Ogni progetto finanziato dal PNRR potrebbe, grazie all'apporto degli ulteriori investimenti derivanti dall'iniziativa privata del promotore, avere un effetto moltiplicatore per la ripresa per l'operare di un effetto leva. In effetti, il PPP può diventare lo strumento fondamentale per l'attuazione del PNRR, mediante le procedure ad iniziativa privata, ove la realizzazione degli interventi previsti dal Piano in partnership con soggetti privati rappresenti l'occasione di attrazione non solo di risorse, ma anche di competenze che vadano a migliorare ed efficientare l'azione della pubblica amministrazione interessata.





SUSSIDIARIETA' FISCALE PER ACCELERARE IL PIANO

Il principio di sussidiarietà, declinato in ambito fiscale, deve portare a considerare la persona, la famiglia, l'impresa, i corpi sociali intermedi in cui si articola la società civile come i soggetti i quali, grazie ad una intelligenza della prossimità, sono maggiormente capaci, rispetto a enti superiori come lo Stato, di destinare efficacemente le proprie risorse verso investimenti atti a realizzare gli obiettivi prefissati dal decisore pubblico e da questo ritenuti meritevoli di sostegno attraverso deduzioni e detassazioni che consentono di realizzare in modo autonomo e sussidiario le finalità collettive.

Secondo tale prospettiva, e come recentemente sostenuto dal docente della Luiss Lorenzo Castellani su Tempi (03/04/2023), importante parte dei fondi del PNRR potrebbe essere convertita, così da evitare ogni rischio di decadenza o revoca degli stessi, in **“sconti fiscali per imprese e lavoratori, rispettando sempre la partizione dei capitoli del Pnrr.”** Castellani argomenta: “Qualcuno alzerà il sopracciglio ritenendo questa idea troppo audace per la rigida e sospettosa Europa, ma alla Commissione va pur sempre chiesto di esprimere una preferenza: meglio ritardi, opere incagliate, braccio di ferro di durata pluriennale con l'Italia, fallimento per entrambe le sponde oppure maggiore flessibilità, stanti i medesimi capitoli e la stessa cifra pattuita nel 2020? Ci sono dei precedenti di flessibilità pur di raggiungere l'obiettivo della crescita a fronte di una spesa già deliberata. Ad esempio, nel 2021 è stato dato via libera al bonus 110 per cento, cioè a una politica keynesiana, fortemente espansiva, generatrice di qualche miliardo di crescita ma anche di molto nuovo debito pubblico. Oppure i fondi di coesione in parte convertiti al Sud in sgravi fiscali per le assunzioni dei giovani da parte delle imprese. Non si tratta dunque di stravolgere il piano, ma di cambiare gli strumenti di attuazione delle politiche da diretti a indiretti, da investimenti dispersi in una miriade di opere a sconti fiscali per alcuni settori industriali, quelli indicati dallo stesso Pnrr come prioritari. C'è chi obietta che sarebbero aiuti di Stato, ma non c'è forse appena stato un via libera per una massiccia espansione di questi aiuti a vantaggio di Germania e Francia? Insomma, nessuno qui vuole lasciar intendere che sia semplice ridisegnare il Piano, la via è stretta ma esiste, e forse può essere percorsa politicamente. O almeno tentata.”



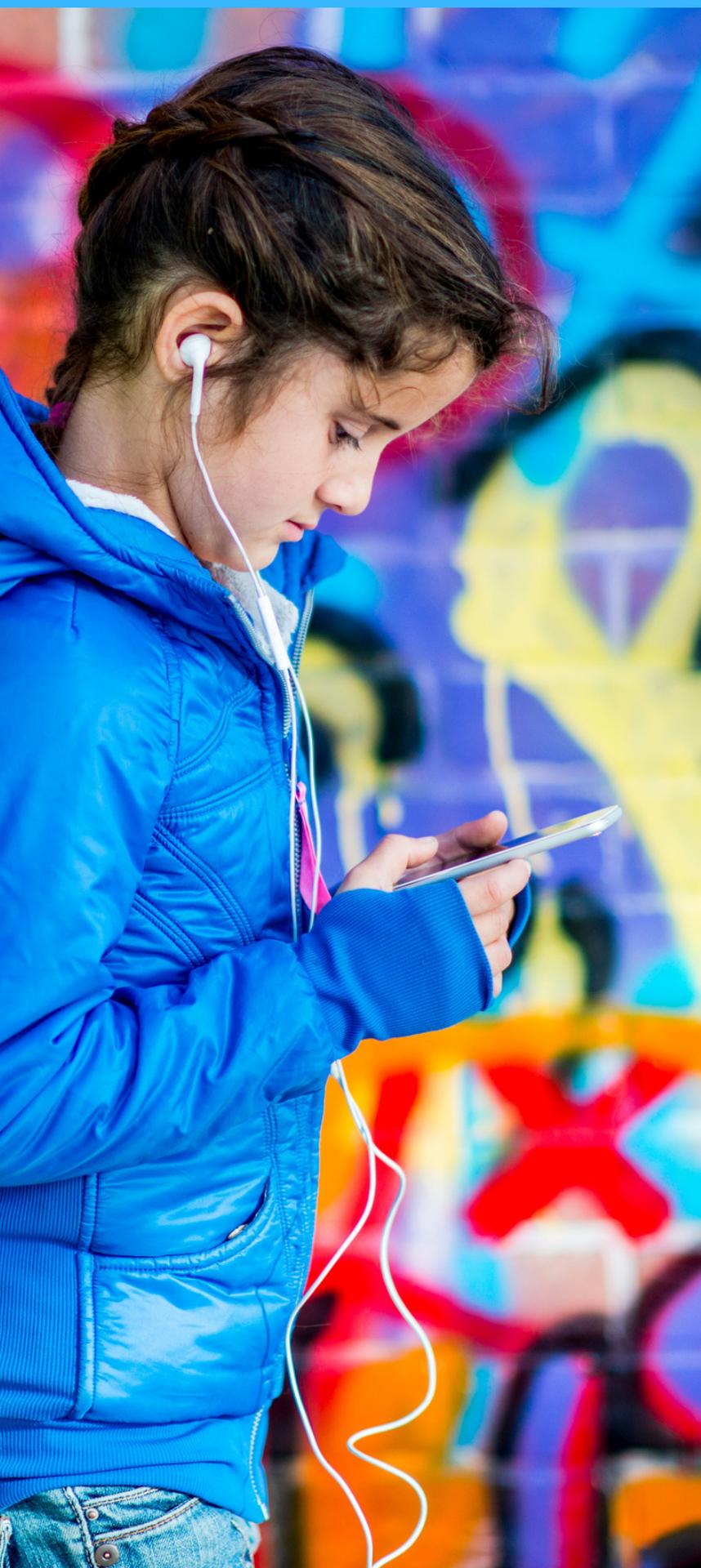


A questo proposito, sul fronte delle imprese, l'esperienza del credito d'imposta con il Piano Nazionale Industria 4.0 si è dimostrata in grado di canalizzare una mole importante di investimenti privati verso specifiche destinazioni, sostenendo la domanda di investimenti privati in beni strumentali e la trasformazione digitale delle imprese.

Da qui la necessità di utilizzare i fondi del PNRR, specie inerenti, la transizione ecologica e la digitalizzazione delle imprese facendo particolare attenzione anche al tema dell'occupabilità: cioè, la capacità di rimanere attrattivi per i nostri giovani, e non solo, nel tessuto produttivo locale. Per cui lavorare in maniera sinergica tra investimenti in macchinari e tecnologie, ma anche in formazione e incentivi fiscali come, ad esempio, la riduzione del cuneo fiscale e l'ipotesi di "sconti fiscali" appena accennata. Tale possibilità, peraltro, può consentire più agevolmente di veicolare i fondi per gli investimenti in maniera più consistente anche alle medie e piccole imprese che rappresentano l'asse portante del nostro sistema produttivo.

Si chiede, pertanto, di istruire e prevedere forme di sconti fiscali nell'ambito degli obiettivi del PNRR, con particolare riferimento alle iniziative nei servizi alla persona, nel welfare aziendale, nella transizione ecologica, negli investimenti per macchinari e tecnologie.

AMMODERNARE TUTTE LE SCUOLE



Nell'Agenda proposta dal network "sui tetti" si chiedeva che "l'edilizia e gli immobili delle scuole paritarie siano inclusi negli investimenti e finanziamenti del PNRR per "interventi di carattere infrastrutturale" nella scuola italiana", che, ai sensi della legge 62/2000 nonché dell'art. 33, comma 4, della Costituzione è formata sia dalle scuole statali, sia dalle scuole paritarie.

Finalmente, il Governo ha annunciato di coinvolgere anche le istituzioni scolastiche paritarie nell'attuazione della Missione 4 del PNRR "Istruzione e ricerca". Si chiede, sul punto, di poter avere maggiori informazioni circa le modalità operative con cui verrà concretizzato tale impegno.



LA POSSIBILE SUSSIDIARIETA' NEL COMPARTO "SANITÀ" DEL PNRR

La strategia perseguita con il PNRR intende affrontare in maniera sinergica gli attuali aspetti critici della sanità italiana attraverso l'ambizioso plafond di interventi inseriti nella Missione 6 (M6). Esso propone a tale scopo un significativo sforzo in termini di riforme e investimenti per allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese. Una larga parte delle risorse è destinata a migliorare le dotazioni di personale, infrastrutturali, tecnologiche, oltre alla promozione della ricerca e dell'innovazione.

Tali obiettivi dovrebbero essere perseguiti **secondo il principio di sussidiarietà**, dunque con il pieno coinvolgimento delle opere sanitarie di soggetti *profit e no profit*, **in coerenza con gli artt. 2, 3, 41, 118 ultimo comma Costituzione**, ribadito ed espressamente richiamato **al par. 3.8 dello stesso PNRR**.

D'altronde, la partecipazione di soggetti "privati" al Sistema Sanitario nazionale è realtà consolidata, e ciò in forza di **specifiche disposizioni legislative** dedicate, quali **l'art. 43 della legge n. 833/1978** e gli artt. **8, comma 4, e seguenti del D. Lgs 592/1992**, con la relativa legislazione regionale attuativa. Né può dimenticarsi l'esistenza di enti sanitari c.d. "**classificati**", che, ai sensi **dell'art. 20 della legge n. 132/1968**, sono tout court equiparati agli ospedali pubblici ai fini dell'accesso al Fondo Nazionale Ospedaliero (di cui all'art. 33 della citata legge) anche per la concessione di contributi e sussidi per il rinnovo delle attrezzature tecnico sanitarie.

D'altronde, nello stesso sito del governo viene menzionato il "**diritto alla scelta del luogo di cura**" fra quelli assicurati dal SSN (cfr. <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=5073&lingua=italiano&menu=vuoto>).

Tuttavia, di tale principio non vi è stata alcuna applicazione in campo sanitario nell'articolarsi attuativo della misura M6, il cui perimetro è stato ed è ancora del tutto centralisticamente circoscritto alla filiera di enti direttamente appartenenti alla pubblica amministrazione.

Peraltro, come emerge dal *“Test di fragilità sugli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”* a cura del Policy Observatory della Luiss School of Government - che ha proposto un metodo di alert predittivo analizzando puntualmente le criticità riscontrate nell’implementazione delle politiche di coesione negli ultimi 15 anni - non possiamo che constatare *“la polarizzazione dell’inefficienza su determinate categorie di attuatori (n.d.r., ossia le strutture ospedaliere) e di interventi (ndr, come le manutenzioni straordinarie e le ristrutturazioni)”*. Lo studio rileva, pertanto, come le criticità maggiori (per quanto concerne l’attuazione e il raggiungimento degli obiettivi) siano state riscontrate proprio in riferimento alle strutture ospedaliere, cosa che ci suggerisce di *“approfondire gli interventi ad esse collegati monitorando con attenzione sia le attività di selezione che la fase di attuazione del relativo investimento del PNRR con target previsti nel 2024 e nel 2026”* e al contempo riflettere su una più efficace integrazione con soggetti privati.

Si ritiene, al riguardo, che siano ancora possibili interventi puntuali che consentirebbero una mutazione sussidiaria nel comparto nell’ambito di alcune specifiche azioni previste.



a) In generale.

La missione M6 del PNRR si articola in due componenti:

C1) Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per 7 Mld (M6C1), per rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali e ciò con: Case della Comunità, Ospedali di Comunità, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari;

C2) Innovazione, ricerca e digitalizzazione per 8,63 Mld (M6C2), per il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, specie con riferimento al rinnovo dei macchinari più complessi e all'implementazione delle terapie intensive.

In entrambe le componenti, la discriminazione verso strutture accreditate e convenzionate oltre che classificate non può che diminuire il tasso di effettività del Piano.

b) Sulle linee di intervento della prima componente, per una maggior territorialità della sanità.

L'obiettivo principale della Componente M6C1 è allineare i servizi ai bisogni delle Comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica, rafforzando le strutture e i servizi sanitari di prossimità, nonché i servizi domiciliari, per superare le attuali frammentazioni e disomogeneità territoriali.

L'obiettivo è perseguito con tre linee d'investimenti:

Investimento 1: l'istituzione di "Case della Comunità", definite il nuovo "perno delle prestazioni sul territorio in ambito socio-sanitario";

Investimento 2: la "casa" viene rappresentata come primo luogo di cura e l'assistenza domiciliare al fine di migliorare le prestazioni offerte in particolare alle persone vulnerabili e disabili, anche attraverso il ricorso a nuove tecnologie;

Investimento 3: l'istituzione di "Ospedali di Comunità" per il potenziamento di strutture per l'erogazione di cure intermedie.



c) segue: sull'investimento M6C1 per le Case di comunità: i consultori saranno davvero "nuovi" solo con il terzo settore!

La Casa della Comunità intende potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà la casa delle cure primarie e lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. È finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso una infrastruttura informatica adeguata, e ha il fine di garantire la presa in carico della Comunità di riferimento.

In particolare, nelle case di comunità, oltre al **punto unico di accesso** alle prestazioni sanitarie (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi sociosanitari), al **team multidisciplinare** di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di Comunità, altri professionisti della salute e assistenti sociali, al **punto prelievi**, alla **strumentazione polispecialistica**, sono previsti i **servizi consultoriali con particolare riferimento alla tutela del bambino, della donna e dei nuclei familiari**.

I consultori sono strumenti previsti dalla legge 194/1978 per sostenere la maternità, ma essi, a distanza, di oltre quarant'anni, risultano ancora sostanzialmente inattuati rispetto a tale specifico scopo. Invece, nel Paese vi è una straordinaria presenza di volontariato e associazionismo che ha consentito la nascita di decine di migliaia di bimbi, sostenendo, fattivamente incoraggiando e facendo compagnia ad altrettante mamme, nonché spesso a interi nuclei familiari.

Si chiede, perciò, che la disciplina attuativa della puntuale azione relativa ai servizi consultoriali nell'ambito di M6C1 del PNRR preveda e promuova la rifondazione dei consultori stessi nell'ambito delle nuove "case di comunità" attraverso forme di strutturale convenzionamento con i corpi intermedi operanti a favore della vita nascente.



d) segue: Sull'investimento M6C1 per l'Assistenza Domiciliare: moltiplicare i protagonisti per più capillarità ed efficacia dell'ADI!

Il secondo investimento di M6C1 mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni, specie con patologie croniche o non autosufficienti (in linea con le migliori prassi europee, allo stato raggiunto in Italia solo da quattro regioni).

È un obiettivo strategico, perché le condizioni demografiche e sociali del Paese indicano **la necessità di puntare a una capacità di assistenza, specie domiciliare, h24**, se si vuole davvero affermare nei fatti la centralità di ogni persona, in qualunque situazione si trovi.

Il PNRR sul punto si propone, fra l'altro, di:

- a) identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);
- b) realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
- c) attivare **Centri Operative Territoriali (COT)**, con la funzione di **coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.**

Per la realizzazione di tali interventi si prevede di utilizzare gli strumenti della programmazione negoziata, necessari per garantire il coordinamento dei livelli istituzionali e degli enti coinvolti.

Tuttavia, allo stato, nella accezione degli "enti coinvolti" non vi sono i numerosissimi soggetti del terzo settore che si dedicano ad attività di cura nei territori. Invece, sia i gestori di RSA, sia numerosissime cooperative sociali, sia associazioni e persino reti di volontari, anche adeguatamente formati, ben potrebbero fungere da centri utili per partecipare a un irradimento massimamente capillare dell'assistenza domiciliare, con la migliore efficienza sotto il profilo della estensione territoriale e della copertura temporale, nonché della migliore efficacia rispetto all'attenzione da riservare a ciascuna persona, specie se in condizioni di solitudine o fragilità.

e) segue: Sull'investimento M6C1 per gli Ospedali di comunità: coinvolgere le presenze convenzionate in tema di prestazioni ospedaliere nel segmento.

Il terzo investimento di M6C1 mira ad attivare l'**Ospedale di Comunità**, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. L'**Ospedale di Comunità** intende anche facilitare la transizione dalle cure ospedaliere acute a quelle domiciliari, consentendo alle famiglie e alle strutture di assistenza di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

Nell'ambito delle risorse umani attuali è stato ipotizzato un incremento strutturale delle dotazioni di personale, con specifico riferimento agli infermieri, per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio One-Health.

Non vi sono ragioni per escludere, come invece sta avvenendo, strutture gestite da soggetti classificati e convenzionati dalla nuova funzione dell'Ospedale di comunità/prossimità, il che consentirebbe al SSN di ottenere più efficacemente l'obiettivo di una maggior capillarità del nuovo servizio e di deflazionare maggiormente i ricoveri negli ospedali per patologie acute.



f) Sull'irragionevole esclusione delle strutture sanitarie convenzionate e, soprattutto, classificate dagli obiettivi della Missione 6

Più in generale, si ritiene che anche gli ospedali classificati o convenzionati dovrebbero poter partecipare a tutte le linee previste in tema di investimenti sanitari, in ragione del servizio pubblico cui anche la loro attività è finalizzata.

In particolare, si ricorda che gli ospedali c.d. "classificati" ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 "sono equiparati agli ospedali pubblici ai fini dell'accesso dei cittadini nei rispettivi ambulatori con le medesime modalità previste per le strutture direttamente gestite dall'ULSS" (TAR Veneto, III, 17 gennaio 2011, n. 47), in quanto detta "classificazione degli ospedali gestiti da privati e in particolare da enti ecclesiastici" comporta la piena "**loro inserzione nel servizio sanitario pubblico**" (Cassazione civ., lav., 26 ottobre 1991, n. 11446). Non è perciò legittima l'esclusione di dette strutture dalle linee di investimento del PNRR.

Non appare, pertanto, in alcun modo possibile l'estromissione di tali strutture dagli interventi del PNRR previsti nella prima componente della Missione 6, quali quelle accennate, nonché delle linee di infrastrutturazione della successiva componente 2, quali gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche, nonché per l'implementazione delle terapie intensive e semi-intensive (cfr. M6C2 PNRR).

