

CORTE DEI CONTI

***Sezione centrale di controllo sulla gestione
delle Amministrazioni dello Stato***

**Gestione delle risorse statali destinate all'edilizia e
all'ammodernamento tecnologico della sanità
pubblica**

**Magistrato
estensore
Aldo Carosi**

INDICE

	Sintesi	Pag.	6
1	Oggetto ed obiettivi dell'indagine	Pag.	8
2	Quadro normativo e obiettivi della legislazione	Pag.	12
2.1	Quadro normativo dei finanziamenti	Pag.	16
2.2	Quadro normativo delle revoche	Pag.	20
3	Le risorse assegnate e le modalità della loro attivazione in accordi di programma	Pag.	21
3.1	La misura dei cofinanziamenti	Pag.	25
3.2	Il punto di vista delle Regioni penalizzate dal ritardo o dalla mancata sottoscrizione degli accordi di programma	Pag.	28
4	Gestione delle revoche e profili eziologici di maggiore rilevanza	Pag.	31
4.1.	I provvedimenti di revoca	Pag.	33
5	Analisi finanziaria delle poste di allocazione delle risorse	Pag.	39
6	Problematiche inerenti alle transazioni finanziarie tra Stato e regioni nell'ultimo triennio	Pag.	43
7	Elementi critici della gestione amministrativa e contabile	Pag.	48
7.1	Analisi delle proroghe	Pag.	48
7.2	Tipi di patologie e loro elementi eziologici	Pag.	50
8	Criticità dei meccanismi amministrativi e contabili alla luce del nuovo quadro costituzionale	Pag.	54
8.1	Profili critici della copertura degli accordi di programma e della loro successiva specificazione in singoli interventi	Pag.	56
8.2	Influenza dei rapporti tra livello di Governo statale e regionale sulla attuazione del programma	Pag.	60
8.3	La sostituzione dei mutui di scopo con la concessione di contributi statali in conto capitale	Pag.	63
8.4	Complessità delle procedure per la liquidazione degli appaltatori e dei fornitori	Pag.	65
9	Monitoraggi e metodologie di valutazione degli interventi	Pag.	68
10	Valutazioni in relazione ai principi dell'equità contributiva e della perequazione infrastrutturale	Pag.	70
11	Osservazioni e raccomandazioni	Pag.	74

ALLEGATI

- Allegato A:** Risorse destinate al programma pluriennale di interventi in materia di edilizia e di ammodernamento tecnologico della sanità pubblica ai sensi dell'art. 20 della legge n. 67/88 - Situazione al 31/12/2010 - Quadro sintetico delle risorse stanziare, attivate ed erogate
- Allegato A1:** Risorse destinate alle amministrazioni regionali - Situazione al 31/12/2010 - Accordi sottoscritti e da sottoscrivere: incidenza sul totale delle risorse destinate e da destinare alle regioni
- Allegato A2:** Risorse destinate al programma pluriennale di interventi in materia di edilizia e di ammodernamento tecnologico della sanità pubblica ai sensi dell'art. 20 della legge n. 67/88 - Situazione al 31/12/2010 - Cronologia dei finanziamenti destinati alle regioni e agli altri enti beneficiari
- Allegato A3:** Risorse destinate al programma pluriennale di interventi in materia di edilizia e di ammodernamento tecnologico della sanità pubblica ai sensi dell'art. 20 della legge n. 67/88 - Situazione al 31/12/2010 - Incidenza percentuale dei finanziamenti destinati ai soggetti beneficiari, analiticamente ripartita nel tempo
- Allegato B:** Risorse destinate alle amministrazioni regionali - Situazione al 31/12/2010 - Interventi ripartiti analiticamente secondo fonti di finanziamento
- Allegato B1:** Risorse destinate alle amministrazioni regionali - Situazione al 31/12/2010 - Analisi, valore e cronologia degli accordi di programma
- Allegato C:** Risorse destinate alle amministrazioni regionali - Situazione al 31/12/2010 - Rapporto tra valore accordi di programma e quote di finanziamento assegnate
- Allegato D:** Risorse destinate alle amministrazioni regionali - Situazione al 31/12/2010 - Quadro sinottico-cronologico delle revoche
- Allegato E:** Risorse destinate alle amministrazioni regionali - Situazione al 31/12/2010 - Quadro sintetico della gestione delle revoche
- Allegato E1:** Risorse destinate alle amministrazioni regionali - Analisi del I provvedimento di revoca: Decreto del Ministero della Salute del 12/05/2006 ai sensi dell'art. 1 commi 310, 311 e 312 della legge n. 266/2005
- Allegato E2:** Risorse destinate alle amministrazioni regionali - Analisi del II provvedimento di revoca: Decreto del Ministero della Salute del 12/04/2007 ai sensi dell'art. 1 commi 310, 311 e 312 della legge n. 266/2005

- Allegato E3:** Risorse destinate alle amministrazioni regionali - Analisi del III provvedimento di revoca: Decreto del Ministero della Salute del 2/08/2007 ai sensi dell'art. 1 commi 310, 311 e 312 della legge n. 266/2005
- Allegato E4:** Risorse destinate alle amministrazioni regionali - Analisi del IV provvedimento di revoca: Decreto del Ministero della Salute del 28/04/2008 ai sensi dell'art. 1 commi 310, 311 e 312 della legge n. 266/2005
- Allegato E5:** Risorse destinate alle amministrazioni regionali - Analisi del V provvedimento di revoca: Decreto del Ministero della Salute dell'1/06/2009 ai sensi dell'art. 1 commi 310, 311 e 312 della legge n. 266/2005
- Allegato E6:** Risorse destinate alle amministrazioni regionali - Analisi del VI provvedimento di revoca: Decreto del Ministero della Salute dell'8/07/2010 ai sensi dell'art. 1 commi 310, 311 e 312 della legge n. 266/2005
- Allegato F:** Regioni con piani di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria
- Allegato L:** Risorse destinate al programma pluriennale di interventi in materia di edilizia e di ammodernamento tecnologico della sanità pubblica ai sensi dell'art. 20 della legge n. 67/88 - Prospetto triennale dei pagamenti in conto residui del capitolo 7464 del Ministero dell'economia e delle finanze con analisi degli esercizi di provenienza
- Allegato L1:** Risorse destinate al programma pluriennale di interventi in materia di edilizia e di ammodernamento tecnologico della sanità pubblica ai sensi dell'art. 20 della legge n. 67/88 - Analisi dei pagamenti inerenti all'esercizio 2008 (gestione RR.PP) del capitolo 7464 del Ministero dell'economia e delle finanze
- Allegato L2:** Risorse destinate al programma pluriennale di interventi in materia di edilizia e di ammodernamento tecnologico della sanità pubblica ai sensi dell'art. 20 della legge n. 67/88 - Analisi dei pagamenti inerenti all'esercizio 2009 (gestione RR.PP) del capitolo 7464 del Ministero dell'economia e delle finanze
- Allegato L3:** Risorse destinate al programma pluriennale di interventi in materia di edilizia e di ammodernamento tecnologico della sanità pubblica ai sensi dell'art. 20 della legge n. 67/88 - Analisi dei pagamenti inerenti all'esercizio 2010 (gestione RR.PP) del capitolo 7464 del Ministero dell'economia e delle finanze
- Allegato L4:** Risorse destinate al programma pluriennale di interventi in materia di edilizia e di ammodernamento tecnologico della sanità pubblica ai sensi dell'art. 20 della legge n. 67/88 - Incidenza in valore ed in percentuale

nell'ultimo triennio delle singole erogazioni rispetto al totale delle risorse pagate e al valore degli accordi di programma sottoscritti

Allegato X: Risorse destinate al programma pluriennale di interventi in materia di edilizia e di ammodernamento tecnologico della sanità pubblica ai sensi dell'art. 20 della legge n. 67/88 - Gestione contabile del capitolo di spesa 7464 del Ministero dell'economia e delle finanze nel periodo 2002 - 2010

Allegato Y: Prospetto ammortamento dei mutui stipulati per l'esecuzione della prima fase del programma di edilizia sanitaria ai sensi dell'art. 20 legge 67/88- Capitoli 2302 e 9552 del Ministero dell'economia e delle finanze

Sintesi

L'indagine ha per oggetto la gestione delle risorse statali, destinate all'edilizia e all'ammodernamento tecnologico della sanità pubblica, dal programma nazionale straordinario avviato sulla base dell'art. 20 della legge n.67/88.

I dati amministrativi, economici e finanziari presi a riferimento sono consolidati al 3 maggio 2011, data in cui si è svolto il contraddittorio con le amministrazioni interessate.

Occorre precisare che l'istruttoria e la valutazione delle attività oggetto di referto riguardano l'intero apparato organizzativo e gestionale che dall'amministrazione statale si dirama alle regioni e agli enti del servizio sanitario. Le osservazioni riguardano quindi fenomeni gestionali complessi, in ordine alle cui disfunzioni si è cercato di individuare gli snodi causali più significativi, al fine di consentire misure autocorrettive adeguate.

L'obiettivo dell'indagine non è tanto quello di valutare le performances di singole amministrazioni, bensì di illustrare il complesso quadro normativo, programmatico ed operativo che ha caratterizzato l'impiego delle risorse stanziato nel bilancio statale per un così lungo periodo temporale.

Il programma di cui all'art. 20 della legge n. 67/88 è diviso in due fasi, di cui la seconda, oggetto della presente indagine, è caratterizzata da uno stanziamento complessivo pari a **16,84 miliardi di euro**, risultante non solo dalla disposizione in parola, ma anche da leggi che sul suo tessuto si sono innestate nel tempo, rifinanziandola.

Le risorse sono state caratterizzate da una consistente inutilizzazione che può essere così sintetizzata: **6,81 miliardi** di euro, riservati alle regioni, non sono confluiti in accordi di programma, **20 milioni** di euro non sono stati assegnati agli altri enti beneficiari e **30 milioni di euro** - quale quota parte della riserva accantonata dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) con delibera n. 97/08 - non sono stati attribuiti.

Delle somme stanziato dal Legislatore solo **9,98 miliardi** di euro sono stati attivati: **9,30 miliardi** sono confluiti in accordi di programma sottoscritti dalle regioni e **680 milioni** sono stati assegnati agli altri enti beneficiari; nello specifico **7,04 miliardi** di euro sono stati materialmente erogati alle regioni e agli altri enti, ben **2,94 miliardi**, ancorché giuridicamente assegnati, non sono ancora confluiti in transazioni finanziarie.

In sintesi, rispetto al programma legislativo complessivo è stato attivato il **59,26%** delle risorse stanziato per cui solo il **41,82%** è pervenuto alla erogazione dei contributi in favore degli enti interessati.

Diverse cause concorrono a questa immobilizzazione di risorse in un ambito strategico quale il servizio sanitario nazionale.

Una di esse è correlata al meccanismo degli accordi di programma con le regioni interessate, i quali sono propedeutici alla realizzazione delle iniziative e alla maturazione

del finanziamento. La lentezza e le tormentate modifiche che hanno connotato questa tipologia di programmazione negoziata hanno fatto slittare nel tempo l'utilizzazione di buona parte delle risorse stanziare.

Altri elementi, tuttavia, hanno inciso sul mancato raggiungimento degli obiettivi che le disposizioni succedutesi perseguivano: essi possono essere riassunti nella scarsa capacità realizzativa di alcuni contesti regionali, i quali spesso coincidono con le situazioni della finanza sanitaria sofferenti e caratterizzate dalla adozione dei piani di rientro.

Peraltro, i meccanismi legislativi accentuano le disfunzioni provenienti dai contesti regionali a maggior rischio.

Le disposizioni di legge prevedono, infatti, un coinvolgimento diretto del Ministero dell'economia e delle finanze, non solo nella fase istruttoria e nella stipula dei pertinenti accordi di programma, ma anche nelle fasi successive interessanti la realizzazione dei diversi interventi e le erogazioni finanziarie. Vengono pertanto "doppiate" le procedure di verifica di congruità degli oneri conseguenti a carico del bilancio statale, in relazione al rispetto dei vincoli di finanza pubblica.

In tal modo, le regioni più lente nel cogliere l'opportunità del finanziamento dello Stato rimangono ulteriormente indietro rispetto a quelle dotate di maggiori risorse e capacità realizzative.

L'indagine ha avuto modo di mettere in risalto il rapporto tra le risorse assegnate per legge e quelle effettivamente transitate in accordi di programma. Con riguardo a questi ultimi sono state messe in luce anche l'attitudine a tradurre in puntuali progetti i finanziamenti e, in relazione all'ultimo triennio, la capacità di attivare le erogazioni statali.

L'analisi della documentazione istruttoria ha altresì messo in luce una rilevante differenziazione della misura con cui lo Stato è intervenuto a finanziare le infrastrutture: per alcune regioni il finanziamento statale ha raggiunto il massimo consentito dalla legislazione (il 95%), per altre si è attestato in misura vicina al 70%. Ciò senza una precisa ostensione dei motivi che hanno condotto alla sperequazione.

L'indagine ha evidenziato altri elementi critici della gestione amministrativa e contabile di parte statale e alcuni tipi di patologie ricorrenti nell'attuazione del programma.

Alcune disfunzioni possono essere ricondotte, sotto il profilo eziologico, alla stessa legislazione e alle sue prassi attuative.

Considerato che la legge n. 67/88 costituisce, al momento, l'unico intervento finanziario diretto dello Stato finalizzato alle infrastrutture sanitarie, la sua concreta attuazione non sembra in grado di assicurare la perequazione infrastrutturale, trainando le realtà territoriali più deboli ove la qualità dei servizi e delle risorse destinate alla sanità non raggiungono il livello minimo statuito dall'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione. Neppure sotto il profilo dell'equità contributiva sembrano congrui gli

interventi in favore delle collettività locali meno dotate di servizi, già gravate dalla maggiore pressione fiscale riservata alle regioni sottoposte ai piani di rientro.

1. Oggetto ed obiettivi dell'indagine

L'indagine ha per oggetto la gestione delle somme destinate all'edilizia sanitaria pubblica dal programma nazionale straordinario avviato dall'art. 20, comma 1, della legge n. 67/88 il quale ha come obiettivo la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico nonché la realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti. L'art. 20 ha, tra l'altro, quali obiettivi fondamentali il *"riequilibrio territoriale delle strutture, al fine di garantire una idonea capacità di posti letto anche in quelle regioni del Mezzogiorno dove le strutture non sono in grado di soddisfare le domande di ricovero nonché la sostituzione, la ristrutturazione e la conservazione in efficienza delle strutture ospedaliere che presentano carenze ed elevato degrado"*.

La vita ultradecennale della legge è stata attraversata da rilevanti modifiche dell'impalcatura costituzionale ed amministrativa che hanno interessato, in linea generale, ma anche specificamente, la regolazione e la gestione della materia oggetto dell'intervento statale.

In particolare, la riforma del titolo V della Costituzione ha profondamente innovato i rapporti tra lo Stato e le autonomie territoriali, conferendo, tra l'altro, alle regioni un ruolo centrale nella legislazione e gestione della materia sanitaria.

La Corte costituzionale, con sentenza n. 99/2009, ha precisato che la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie, possono essere ricondotte alle materie del governo del territorio e della tutela della salute, entrambe di potestà legislativa concorrente. Per questo motivo la Consulta ha escluso che la materia rientri nella potestà legislativa residuale delle regioni di cui al quarto comma dell'art. 117 della Costituzione.

Nella medesima sentenza la Consulta ha dichiarato incostituzionale l'art. 2, comma 280, lett. a) e b), della legge n. 244/07, affermando che la legislazione statale non può disporre vincoli puntuali alla destinazione di risorse stanziare in ambito di potestà legislativa concorrente. Dette norme, infatti, vincolavano i nuovi stanziamenti di risorse ex legge n. 67/88 a specifiche tipologie di interventi.

Infine, la sentenza riconosce la legittimità del ruolo assunto dal Ministero della salute in tema di valutazione preventiva dei programmi di investimento e successivo monitoraggio, sostanziandosi tali prerogative nella introduzione di un criterio di priorità, compatibile con il ruolo che l'art. 117 della Costituzione assegna allo Stato in materia di potestà legislativa concorrente.

Anche la legge di delega al Governo per l'attuazione del federalismo fiscale, n.

42/09, influenza la materia oggetto della presente indagine. Infatti, gli articoli 8 e 9 della stessa dettano principi e criteri direttivi sulle modalità di esercizio delle competenze legislative, dei mezzi di finanziamento e di determinazione e riparto del fondo perequativo a favore delle regioni più deboli.

All'uopo occorre precisare che pur non essendo la delega ancora completamente attuata, la legge n. 42/09 individua principi e criteri che non possono essere ignorati nell'attuazione di una legge antecedente (la n. 67/88), ma anche recentemente rifinanziata, la quale sposta obiettivamente risorse rilevanti dal bilancio dello Stato alle comunità locali.

In particolare, gli articoli 8 e 9 individuano le prestazioni sanitarie tra i livelli essenziali da garantire ai cittadini, anche attraverso l'istituto della perequazione a favore delle regioni più deboli.

Con riguardo al tema oggetto di indagine ed in considerazione della operatività ultradecennale della legge n. 67/88, l'istruttoria ha riguardato principalmente la fase più recente di attuazione della stessa, caratterizzata da uno stanziamento complessivo delle leggi succedutesi nel tempo pari a **16,84 miliardi di euro**¹. La prima fase, conclusasi nel 1996, fa riferimento alla realizzazione degli interventi in strutture sanitarie come programmati ed approvati per il primo periodo di attuazione per un importo complessivo di 4,85 miliardi di euro; la seconda, iniziata nel 1998 e ancora in corso, coincide con l'approvazione della delibera CIPE con cui è stata definita la ripartizione delle risorse residue disponibili (10,6 miliardi di euro) successivamente implementate a seguito di ulteriori disposizioni di rifinanziamento.

Come specificato in modo più analitico in seguito, le somme stanziare per la seconda fase sono state impegnate solo in parte ed in percentuale ancora minore effettivamente erogate.

È da precisare che sulla base degli accordi di programma con le regioni, successivamente analizzati, ai fondi statali sono state aggiunte, in misura differenziata, anche risorse di provenienza regionale, per la realizzazione di investimenti delle aziende sanitarie e di privati.

Occorre premettere che le diverse disposizioni succedutesi nel tempo hanno fatto riferimento, per quel che riguarda la quantificazione delle risorse, al complesso degli

¹ L'importo è stato determinato sottraendo dalla somma di **23 miliardi di euro** (risorse complessive del programma pluriennale di investimenti in sanità al netto dell'ulteriore finanziamento previsto dalla legge Finanziaria per il 2010 pari ad 1 miliardo di euro ad oggi non ancora ripartito tra i beneficiari) l'importo complessivo di **6,16 miliardi di euro** così composto: **4,85 miliardi di euro** (risorse assegnate nella prima fase del programma); **1,30 miliardi di euro** (Programma specifico: risorse rese disponibili ai sensi della Legge n. 450/97 e ripartite con delibera CIPE n. 53/98, stralciate e attribuite per la realizzazione di opere ritenute prioritarie e per interventi urgenti da realizzare nel settore della sicurezza); **10 milioni di euro** (quota relativa alla regione Lombardia detratta dalle risorse assegnate dalla Legge n. 388/00 per la realizzazione di strutture sanitarie per attività libero professionale intramuraria perché trattasi di risorse già utilizzate per cofinanziare la realizzazione del nuovo Ospedale di Macchi di Varese).

stanziamenti afferenti alla prima e alla seconda fase.

Per questo motivo, dalle somme di volta in volta riportate nelle diverse disposizioni, vanno detratte le risorse pari **a 9.400 miliardi di lire (4,85 miliardi di euro)** già impiegate nella prima fase conclusa.

La legge n. 229/99 ha introdotto nel testo del d.lgs. n. 502/92 l'art. 5 bis, il quale ha innovato la procedura di assegnazione delle risorse, destinate agli investimenti nel campo sanitario. Sono stati disciplinati, nella fase di pianificazione e assegnazione delle risorse accordi di programma con le regioni e modalità operative con gli altri soggetti interessati agli interventi. Gli accordi, di competenza del Ministero della sanità, di concerto col Ministero dell'economia e delle finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, hanno ad oggetto la copertura finanziaria pluriennale degli interventi e l'articolazione delle procedure realizzative. Gli accordi stessi disciplinano monitoraggio e vigilanza del Ministero della sanità, rapporti finanziari tra i soggetti contraenti modalità di erogazione dei finanziamenti statali, apporti degli enti pubblici preposti all'attuazione.

L'articolo 5 bis prevede che, in caso di mancata attivazione del programma entro i termini previsti, la copertura finanziaria assicurata dal Ministero della sanità viene riprogrammata e riassegnata, sentita la predetta Conferenza permanente, ad altre regioni od enti interessati al raggiungimento degli obiettivi della legge, tenuto conto della capacità di spesa e di immediato utilizzo delle risorse da parte dei medesimi.

Malgrado l'intento semplificatore dell'art. 5 bis, l'utilizzazione delle risorse destinate alla seconda fase di interventi ha registrato sensibili ritardi, tali da indurre approfondimenti per individuarne le cause più importanti².

Per questo motivo il Legislatore è intervenuto con successive disposizioni per porre rimedio alla tempistica assolutamente inadeguata dell'impiego delle risorse.

Gli obiettivi della presente indagine possono essere così sintetizzati:

- a) analisi finanziaria della gestione sottesa alla somministrazione dei contributi per l'edilizia sanitaria;
- b) riscontro della tempistica in relazione alle disposizioni normative succedutesi nel tempo e alle regole di sana amministrazione;
- c) grado di raggiungimento delle finalità di ottimizzazione dei servizi attraverso la riqualificazione strutturale e tecnologica degli immobili e delle attrezzature;
- d) modalità di attuazione della legge n. 67/88 nel nuovo quadro costituzionale e normativo afferente ai rapporti tra Stato e Autonomie e ai principi di garanzia

² Nel corso del contraddittorio inerente alla discussione della presente relazione il Ministero della salute ha eccepito che nella prima fase di realizzazione si erano verificate tempistiche addirittura peggiori delle attuali, ma la scansione temporale degli eventi e l'ipertrofica lunghezza della seconda fase sembrano smentire tale assunto. (pag. 5 della nota prot. n.0014335-P-28/04/2011 del Ministero della salute).

- dei livelli essenziali di assistenza (LEA)³;
- e) individuazione degli elementi causali delle disfunzioni inerenti alla gestione complessiva ed analitica del programma;
 - f) individuazione delle cause principali della revoca dei contributi e verifica della correttezza delle successive riassegnazioni;
 - g) riscontri comparativi delle situazioni esistenti nei diversi territori regionali, oggetto delle provvidenze statali;
 - h) analisi dei rapporti tra situazioni di degrado sanitario più accentuate sul territorio nazionale e modalità di gestione dei contributi di investimento previsti dal programma stesso;
 - i) efficacia delle modifiche normative succedutesi nel tempo, al fine di snellire e rendere più efficaci le procedure di attribuzione ed utilizzazione dei contributi;
 - j) individuazione di elementi patologici, direttamente o indirettamente discendenti dall'impatto della normativa di settore.

Le poste di bilancio interessate agli stanziamenti destinati all'edilizia residenziale pubblica, tutte appartenenti allo stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, risultano le seguenti: capitoli di spesa 2302⁴, 9552⁵ e 7464⁶; i primi due, rispettivamente del primo e del terzo titolo della spesa, riguardano l'ammortamento dei prestiti concessi nell'ambito della prima fase dell'intervento, mentre le risorse del 7464, allocate al titolo secondo, sono quelle destinate agli interventi oggetto della presente indagine.

La Corte dei conti ha avuto modo di pronunciarsi anche in altre sedi sulla edilizia sanitaria.

La Sezione delle Autonomie, con deliberazione n. 17/2010, afferente alla gestione finanziaria delle regioni, si è occupata del tema nell'ambito degli andamenti gestionali delle regioni.

Le Sezioni Riunite in sede di controllo hanno trattato tale argomento nel contesto più generale della spesa sanitaria, in occasione del rendiconto generale dello Stato 2009.

Con riguardo alle singole regioni si sono invece pronunciate sulla spesa sanitaria le Sezioni regionali di controllo⁷.

³ I LEA sono disciplinati dal DPCM il 29 novembre 2001 costituendo l'insieme di tutte le prestazioni, servizi e attività che i cittadini hanno diritto ad ottenere dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

⁴ Centro di Responsabilità: Dipartimento del Tesoro.

⁵ Centro di Responsabilità: Dipartimento del Tesoro.

⁶ Centro di Responsabilità: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato.

⁷ Cfr. da ultime: Sezione regionale di controllo per l'**Abruzzo** n. 301/2009; Sezione regionale di controllo per la **Basilicata** n. 9/2010; Sezione regionale di controllo per la **Calabria** n. 8/2011/FRG; Sezione regionale di controllo per la **Campania** n. 198/2010/FRG; Sezione regionale di controllo per l'**Emilia Romagna** n. 2/2011/FRG; Sezione regionale di controllo per il **Friuli Venezia Giulia** n. 200/2010; Sezione regionale di controllo per il **Lazio** n. 16/2010/FRG; Sezione regionale di controllo per la **Liguria** n. 66/2010; Sezione regionale di controllo per la **Lombardia** n. 1050/2010/FRG; Sezione regionale di controllo per le **Marche** n. 719/2010/FRG; Sezione regionale di controllo per il **Molise** n. 23/2010/FRG; Sezione regionale di controllo per il

La presente relazione si occupa esclusivamente della materia dell'edilizia e dell'ammodernamento tecnologico della sanità pubblica, con riguardo alla gestione dei fondi di provenienza statale, al loro riparto e alla utilizzazione da parte degli enti realizzatori.

Nell'ambito così definito è appunto circoscritto l'oggetto della istruttoria e della presente relazione.

2. Quadro normativo e obiettivi della legislazione

I passaggi normativi che hanno caratterizzato questo lungo iter programmatico possono essere sintetizzati nel modo seguente.

L'art. 20, comma 1, della legge n. 67/88 ha previsto l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia, di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti.

Lo stesso articolo, al comma 4, statuisce, in particolare, che sulla base dei programmi regionali o provinciali, il Ministro della sanità predispone il programma nazionale da sottoporre all'approvazione del CIPE.

Con il d.l. n. 396/93, convertito nella legge n. 492/93, sono state apportate modifiche alla procedura prevista dall'art. 20 della legge n. 67/88.

Il CIPE ha dichiarato chiusa la prima fase del programma con delibera n. 52⁸ del 21/03/1997.

Con delibera n. 53/97, contestualmente adottata, il Comitato ha approvato i criteri per l'avvio della seconda fase del programma, su proposta del Ministero della sanità.

Con atto del 18/06/97 il Ministero ha indicato le pertinenti linee guida riguardanti in particolare le modalità procedurali di pertinenza delle regioni, delle province autonome e degli enti di cui all'art. 4, comma 15, della legge n. 412/91 (istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, policlinici universitari a diretta gestione e ospedali classificati, istituti zooprofilattici sperimentali e Istituto superiore di sanità).

Il d.lgs. n. 281/97⁹ ha stabilito all'art. 2, comma 1, lettera b) che la Conferenza

Piemonte n. 60/2010 oltre alle delibere n. 36/2010 e 98/2010 (libera professione intramuraria); Sezioni riunite in sede di controllo per la regione **Trentino Alto Adige** n. 34/2010/SSRR; Sezione regionale di controllo per la **Puglia** n. 16/2010/FRG; Sezione di controllo per la regione autonoma della **Sardegna** n. 1/2010/SSRR; Sezione di controllo per la **Regione siciliana** n. 2/2010; Sezione regionale di controllo per la **Toscana** n. 10/2010/FRG; Sezione regionale di controllo per l' **Umbria** n. 153/2010/FRG; Sezione regionale di controllo per il **Veneto** n. 3/2011/FRG.

⁸ Così la delibera n. 52/97: "... Considerato che con lo spirare del termine del 31 agosto 1996, entro il quale sono state presentate dai soggetti interessati le istanze di ammissione al finanziamento per la totalità delle somme assegnate, con l'eccezione dell'importo di lire 413.427 milioni, che viene revocato e riassegnato con separato provvedimento adottato in data odierna, la prima fase deve considerarsi conclusa...".

⁹ "Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato - Città ed autonomie locali".

Stato-Regioni promuove e sancisce accordi tra Governo, regioni e province autonome di Trento e Bolzano. All'art. 4, comma 1, viene specificato che *"Governo, regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione e nel perseguimento di obiettivi di funzionalità, economicità ed efficacia dell'azione amministrativa, possono concludere in sede di Conferenza Stato-Regioni accordi, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune"*.

Il d.lgs. n. 430/97¹⁰ prevede all'art. 1, comma 2, il trasferimento dei compiti di gestione tecnica, amministrativa e finanziaria, precedentemente attribuiti al CIPE, alle amministrazioni competenti per materia, demandando ad apposita delibera del CIPE stesso le tipologie dei provvedimenti oggetto del trasferimento nonché le attribuzioni, non concernenti compiti di natura tecnica, amministrativa e finanziaria, che rimangono nella competenza del CIPE.

Con delibera n. 52/98 il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, ha approvato il quadro programmatico di completamento del programma nazionale straordinario di investimenti in sanità previsto dal richiamato art. 20 della legge n. 67/88, indicando la ripartizione delle risorse e stanziando la residua somma fino alla concorrenza originariamente prevista di **30.000 miliardi di lire (15,49 miliardi di euro)**, precedentemente utilizzata fino a **9.400 miliardi di lire (4,85 miliardi di euro)** nella prima fase del programma. Al finanziamento possono essere ammessi direttamente anche gli enti di cui all'art. 4, comma 15, della legge n. 412/91 (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, policlinici universitari a diretta gestione, ospedali classificati, istituti zooprofilattici sperimentali e Istituto superiore di sanità) *"su una apposita quota di riserva determinata dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, previo conforme parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ..."*¹¹.

Su proposta del Ministero della sanità il CIPE, con delibera n. 53/98, ha approvato un programma specifico¹² e ha ripartito in favore delle regioni, province autonome di Trento e Bolzano e degli enti ammessi al finanziamento, le risorse destinate alla realizzazione di opere prioritarie e ad interventi urgenti nel settore della sicurezza.

La legge n. 229/99¹³ ha introdotto, nel testo del d.lgs. n. 502/92, l'art. 5 bis denominato "Ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico"; in particolare, il comma 1, del citato articolo dispone che: *"Nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, il*

¹⁰ "Unificazione del Ministero del tesoro e del bilancio e della programmazione economica e riordino delle competenze attribuite al CIPE a norma dell'art. 7 della legge n. 94/97".

¹¹ Cfr. art. 4, comma 15 della legge n. 412/91.

¹² Programma specifico: utilizzo di 1,30 miliardi di euro (2.500 mld di lire) resesi disponibili per gli anni 1998 e 1999 dalla legge 27/12/1997 n. 450 (comprese nei 15,49 miliardi di euro).

¹³ "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

Ministero della sanità può stipulare, di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e nei limiti delle disponibilità finanziarie, iscritte nel bilancio dello Stato, accordi di programma con le regioni e con altri soggetti pubblici interessati aventi ad oggetto la relativa copertura finanziaria nell'arco pluriennale degli interventi, l'accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie".

Con delibera n. 141/99 il CIPE ha approvato, in conformità all'art. 3 della legge n. 144/99, il regolamento concernente le attribuzioni di propria competenza e le competenze da trasferire alle amministrazioni territoriali. In particolare, con riferimento alle funzioni devolute al Ministero della Sanità, l'art. 4 della delibera, dispone: *"Sono attribuite al Ministero della sanità le seguenti funzioni: ... b) ammissione a finanziamento dei progetti in materia di edilizia sanitaria, suscettibili di immediata realizzazione, di cui all'art. 20, comma 5-bis della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modificazioni ed integrazioni"*.

Nel triennio dal 1999 al 2002 sono stati stipulati n. 19 accordi di programma¹⁴ tra il Ministero della Sanità (di concerto con il Ministero del Tesoro, Bilancio e programmazione economica) e le Regioni/Province autonome.

Il 18 dicembre 2002, conformemente all'art. 2, comma 1, lett. b) e all'art. 4 del d.lgs. n. 281/97, è stato sancito l'accordo¹⁵ tra Governo, regioni e province autonome di Trento e Bolzano in ordine alla semplificazione delle procedure di attivazione dei programmi di investimento in sanità.

Nel periodo 01/01/2003 - 27/02/2008 sono stati stipulati n. 22 accordi di programma¹⁶ tra il Ministero della salute (di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze) e le Regioni e le Province autonome.

I ritardi accumulati nell'attuazione della seconda fase del programma hanno indotto il Legislatore a disciplinare, con la legge n. 266/05, art. 1, commi 310, 311 e 312¹⁷, ipotesi

¹⁴ Vedi Nota 1 dell'allegato B1.

¹⁵ Si riportano sinteticamente i punti salienti rinviando a successivo paragrafo inerente all'analisi delle procedure di attivazione: a) Ammissione a finanziamento: richiesta (mod. A) inoltrata al Ministero della Salute congiuntamente all'atto di approvazione del progetto esecutivo; entro 270 gg. dalla comunicazione dell'avvenuta ammissione al finanziamento, gli enti attuatori devono precedere all'aggiudicazione dei lavori; le regioni informano i Ministeri competenti delle eventuali cause di slittamento del suddetto termine; b) Richiesta di erogazione finanziaria: la richiesta (mod. B) è inoltrata al Ministero competente per la gestione del capitolo; c) Verifica stato attuazione programmi: regioni, province autonome ed enti (di cui all'art. 4, comma 15, L. 412/91, informano il Ministero della Salute, il MEF (RGS), l'UVER (Unità di verifica degli investimenti pubblici) dell'avanzamento del programma d'investimento (mod. C) al fine di individuare le risorse da impegnare annualmente in bilancio; la ricognizione ha cadenza annuale (rilevazione al 31/12 e invio dati entro 90 gg. successivi). I dati sono acquisiti in forma cartacea e accompagnati, in alcuni casi, dall'invio dei files Excel utilizzati dalle regioni per la compilazione.

¹⁶ Vedi Nota 2 allegato B1.

¹⁷ Legge n. 266/2005, art. 1, **comma 310**: "Al fine di razionalizzare l'utilizzazione delle risorse per l'attuazione del programma di edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, gli accordi di programma sottoscritti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi

di revoca delle risorse assegnate.

Il 28 settembre 2006 il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della Salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, hanno stipulato un protocollo di intesa sul Patto per la Salute¹⁸, dove sono riportati gli obiettivi che le Regioni e le Province Autonome - modulandoli sulla specifica realtà regionale - devono assumere come prioritari nella programmazione dei piani regionali di investimento in materia di edilizia sanitaria.

Il 28 febbraio 2008 è stato sancito l'accordo tra Governo, regioni e province autonome di Trento e Bolzano per la definizione dei programmi di investimento in sanità ad integrazione dell'Accordo del 19/12/2002 precedentemente citato¹⁹.

*dell'art. 5-bis del decreto legislativo 30dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e dell'art. 2 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, decorsi diciotto mesi dalla sottoscrizione, si intendono risolti, limitatamente alla parte relativa agli interventi per i quali la relativa richiesta di ammissione al finanziamento non risulti presentata al Ministero della salute entro tale periodo temporale, con la conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa. La presente disposizione si applica anche alla parte degli accordi di programma relativa agli interventi per i quali la domanda di ammissione al finanziamento risulti presentata, ma valutata non ammissibile al finanziamento entro ventiquattro mesi dalla sottoscrizione degli accordi medesimi, nonché alla parte degli accordi relativa agli interventi ammessi al finanziamento per i quali, entro nove mesi dalla relativa comunicazione alla regione o provincia autonoma, gli enti attuatori non abbiano proceduto all'aggiudicazione dei lavori, salvo proroga autorizzata dal Ministero della salute. Per gli accordi aventi sviluppo pluriennale, i termini di cui al presente comma si intendono decorrenti dalla data di inizio dell'annualità di riferimento prevista dagli accordi medesimi per i singoli interventi"; **comma 311** "Le risorse rese disponibili a seguito dell'applicazione di quanto disposto dal comma 310, sulla base di periodiche ricognizioni effettuate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono utilizzate per la sottoscrizione di nuovi accordi di programma, nonché per gli interventi relativi alle linee di finanziamento per le strutture necessarie all'attività libero-professionale intramuraria, per le strutture di radioterapia e per gli interventi relativi agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ai policlinici universitari, agli ospedali classificati, agli Istituti zooprofilattici sperimentali e all'ISS, nel rispetto delle quote già assegnate alle singole regioni o province autonome sul complessivo programma di cui all'art. 20 della legge 11marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni"; **comma 312**: "In fase di prima attuazione, su richiesta della regione o della provincia autonoma interessata, da presentare entro il termine perentorio del 30 giugno 2006, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, può essere disposto che la risoluzione degli accordi già sottoscritti, di cui al comma 310, con la revoca dei corrispondenti impegni di spesa, sia limitata ad una parte degli interventi previsti, corrispondente al 65 per cento delle risorse revocabili. Entro il termine perentorio di sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto di cui al presente comma, per l'utilizzo degli importi corrispondenti agli impegni di spesa non revocati, la regione o la provincia autonoma trasmette al Ministero della salute la richiesta di ammissione al finanziamento dei relativi interventi".*

¹⁸ Nel Patto per la Salute, al paragrafo 4 "Tematiche di particolare rilevanza per il Servizio Sanitario Nazionale", punto 4.1, si legge: "per quanto attiene alle esigenze di adeguamento strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale si conviene sulla opportunità di ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi previsti nel programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria, di cui all'art. 20 della legge n. 67/88, riservando la quota ... alle seguenti linee prioritarie: - innovazione tecnologica delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale; superamento del divario Nord-Sud; - possibilità, per le Regioni che hanno già realizzato la programmazione pluriennale, di attivare una programmazione aggiuntiva; - messa a norma delle strutture pubbliche; - premialità per le regioni sulla base della tempestività e della qualità di interventi di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico già eseguiti".

¹⁹ L'Accordo di programma è costituito dai seguenti documenti che devono essere predisposti concordemente dal Ministero della salute e dalla Regione, Provincia Autonoma o Ente interessato: a) Protocollo d'intesa: definisce la convergenza sugli obiettivi politici contenuti nell'Accordo di Programma e viene sottoscritto dal Ministro della salute, dal Presidente della Regione e/o suo delegato, o dal legale rappresentate dell'Ente interessato; b) Documento programmatico: illustra la programmazione dei soggetti interessati e definisce le strategie e gli obiettivi generali e specifici degli investimenti in cui si colloca l'Accordo di programma. Il documento programmatico rappresenta anche la sostenibilità degli interventi proposti, in termini economico-finanziari, amministrativo - contabili e di risorse umane, a partire dai possibili condizionamenti che possono influenzare il raggiungimento degli obiettivi; c) Articolato contrattuale: definisce gli impegni delle parti che sottoscrivono l'Accordo, l'impegno finanziario definito nell'articolato è all'interno delle risorse finanziarie disponibili nel bilancio dello Stato; d) Schede tecniche relative ai singoli interventi: riportano le informazioni principali di ciascun intervento contenuto nell'Accordo. Per intervento si intende una azione unitaria, caratterizzata da una specifica finalizzazione e orientata allo stesso presidio. Per la stipula dell'Accordo di programma il soggetto interessato

Nel periodo 1/03/2008 - 31/12/2010 sono stati stipulati ulteriori 17 accordi di programma²⁰, con la procedura precedentemente evidenziata, tra il Ministero della Salute (di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze) e le regioni.

2.1. Quadro normativo dei finanziamenti

Con particolare riguardo al profilo dello stanziamento delle risorse si riferisce sinteticamente in ordine alle norme che nel corso del tempo hanno finanziato la seconda fase del programma.

Nell'allegato A2 sono riassunti i pertinenti stanziamenti nonché la ripartizione tra regioni ed enti fruitori.

Il programma finanziario, inaugurato dal Legislatore con l'art. 20 della legge n. 67/88 per **30.000 miliardi di lire (15,49 miliardi di euro)**²¹ e proseguito a partire dal 1998, con la seconda fase di investimenti, è stato integrato per consentire il potenziamento della radioterapia nell'ambito dei programmi di edilizia sanitaria, con la legge n. 448/99 (Finanziaria 2000) che ha autorizzato la spesa di ulteriori **15,49 milioni di euro**²² ripartiti con D.M. 28 dicembre 2001.

Altra integrazione è stata apportata con la legge n. 388/00 (legge finanziaria 2001) che ha incrementato le risorse di **2,07 miliardi di euro**²³ di cui **826 milioni**²⁴ per la realizzazione di strutture per attività libero-professionali intramurarie ripartiti con D.M. 8 giugno 2001²⁵.

La legge n. 296/06 (finanziaria 2007), all'art. 1, comma 796, lettera n)²⁶ ha previsto un nuovo ampliamento del programma straordinario di investimenti in edilizia

trasmette al Ministero della salute la documentazione (documento programmatico, schede tecniche relative ai singoli interventi) relativa all'Accordo di Programma da stipulare. Tale documentazione è sottoposta alla valutazione del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute e, acquisito il prescritto parere, l'articolato contrattuale, il documento programmatico e le schede tecniche dei singoli interventi vengono trasmessi dal Ministero della salute al Ministero dell'economia e finanze per l'acquisizione del concerto e, successivamente, alla Conferenza Stato-Regioni al fine di acquisire la prevista intesa. A completamento dell'iter e dopo l'espressione dell'intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni, il Ministero della salute e il soggetto interessato sottoscrivono il Protocollo di intesa. Per l'attuazione dell'accordo si rimanda ai punti A, B e C, sopra descritti in nota 15, con riferimento all'accordo del 19/12/2002.

²⁰ Vedi Nota 3 Allegato B1.

²¹ Cfr. Allegato A 2, totale colonna a + 4,85 miliardi di euro (risorse stanziare nella prima fase del programma).

²² Cfr. Allegato A 2, totale colonna c.

²³ Cfr. Allegato A 2, somma totali colonne d ed e.

²⁴ Cfr. Allegato A 2, totale colonna e.

²⁵ In tutti gli accordi di programma sottoscritti dalla regione Lombardia dal 2004 al 2008, la quota destinata alla realizzazione delle strutture sanitarie per l'attività libero professionale intramuraria è indicata separatamente, fino al completo utilizzo rispetto a quella assegnata dalla Legge 388/00 e ripartita con D.M. 8/06/2001 pari a 132,47 milioni di euro. Da tale importo va sottratta la somma di 11,58 milioni di euro – per cui le risorse disponibili per attività libero professionale diventano 120,89 milioni di euro – perché trattasi di risorse già utilizzate per cofinanziare la realizzazione del nuovo Ospedale di Macchi di Varese (cfr. pagina 4 del documento programmatico allegato all'accordo di programma sottoscritto dalla regione in data 5/07/2004).

²⁶ Art. 1, comma 796, lettera n), Legge n. 296 del 27 dicembre 2006: "Ai fini del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, l'importo fissato dall'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, come rideterminato dall'art.83, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, è elevato a 23 miliardi di euro, fermo restando, per la sottoscrizione di accordi di programma con le regioni e l'assegnazione di risorse agli altri enti del settore sanitario interessati, il limite annualmente definito in base alle effettive disponibilità di bilancio. Il maggior importo di cui alla presente lettera

sanitaria e ammodernamento tecnologico, portando i precedenti finanziamenti a complessivi **20 miliardi di euro**. Il maggior importo, pari a **2,42 miliardi di euro**²⁷, è stato ripartito in favore delle regioni, province autonome ed agli altri enti beneficiari con delibere CIPE n. 58/2008 e 98/2008.

Nella ripartizione disposta con la deliberazione 58/08, il CIPE ha riservato 45 milioni di euro ad interventi urgenti individuati dal Ministro della salute, assegnando le risorse ad 8 istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e all'Istituto superiore di sanità.

L'art. 2, comma 279, della legge n. 244/07 (legge finanziaria 2008)²⁸, ha incrementato le risorse destinate agli interventi di ristrutturazione edilizia e di

è vincolato per 100 milioni di euro per l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, finalizzato al potenziamento delle «unità di risveglio dal coma»; per 7 milioni di euro per l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, destinati al potenziamento e alla creazione di unità di terapia intensiva neonatale (TIN); per 3 milioni di euro per l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, destinati all'acquisto di nuove metodiche analitiche, basate sulla spettrometria di «massa tandem», per effettuare screening neonatali allargati, per patologie metaboliche ereditarie, per la cui terapia esistono evidenze scientifiche efficaci; per 500 milioni di euro alla riqualificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico con prioritario riferimento alle regioni meridionali ed insulari, per 150 milioni di euro ad interventi per la realizzazione di strutture residenziali e l'acquisizione di tecnologie per gli interventi territoriali dedicati alle cure palliative, ivi comprese quelle relative alle patologie degenerative neurologiche croniche invalidanti con prioritario riferimento alle regioni che abbiano completato il programma realizzativo di cui all'art. 1, comma 1, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39, e che abbiano avviato programmi di assistenza domiciliare nel campo delle cure palliative, per 100 milioni di euro all'implementazione e all'ammodernamento dei sistemi informatici delle aziende sanitarie ed ospedaliere e all'integrazione dei medesimi con i sistemi informativi sanitari delle regioni e per 100 milioni di euro per strutture di assistenza odontoiatrica. Nella sottoscrizione di accordi di programma con le regioni, è data, inoltre, priorità agli interventi relativi ai seguenti settori assistenziali, tenuto conto delle esigenze della programmazione sanitaria nazionale e regionale: realizzazione di strutture sanitarie territoriali, residenziali e semiresidenziali. Il Ministero della salute, attraverso la valutazione preventiva dei programmi di investimento e il monitoraggio della loro attuazione, assicura il raggiungimento dei predetti obiettivi prioritari, verificando nella programmazione regionale la copertura del fabbisogno relativo anche attraverso i precedenti programmi di investimento. Il riparto fra le regioni del maggiore importo di cui alla presente lettera è effettuato con riferimento alla valutazione dei bisogni relativi ai seguenti criteri e linee prioritarie: 1) innovazione tecnologica delle strutture del Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento alla diagnosi e terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie rare; 2) superamento del divario Nord-Sud; 3) possibilità per le regioni che abbiano già realizzato la programmazione pluriennale, di attivare una programmazione aggiuntiva; 4) messa a norma delle strutture pubbliche ai sensi dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel supplemento ordinario n. 37 alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997; 5) premialità per le regioni sulla base della tempestività e della qualità di interventi di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico già eseguiti per una quota pari al 10 per cento". La Corte Costituzionale, con sentenza n. 45 del 2008 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 796, lettera n), della legge n. 296 del 2006, limitatamente alle seguenti parole: «Il maggior importo di cui alla presente lettera è vincolato per 500 milioni di euro alla riqualificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico con prioritario riferimento alle regioni meridionali ed insulari, per 100 milioni di euro ad interventi per la realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative con prioritario riferimento alle regioni che abbiano completato il programma realizzativo di cui all'articolo 1, comma 1, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1999, n. 39, e che abbiano avviato programmi di assistenza domiciliare nel campo delle cure palliative, per 100 milioni di euro all'implementazione e all'ammodernamento dei sistemi informatici delle aziende sanitarie ed ospedaliere e all'integrazione dei medesimi con i sistemi informativi sanitari delle regioni e per 100 milioni di euro per strutture di assistenza odontoiatrica», in quanto recante vincoli puntuali di destinazione di fondi in ambiti materiali appartenenti alla potestà legislativa concorrente, con ciò violando l'art. 119, terzo comma, e l'art. 117, terzo comma, Cost., secondo quanto affermato, con giurisprudenza costante, da questa Corte (cfr. anche sentenze Corte Costituzionale n. 105 del 2007, n. 118 del 2006 e n. 423 del 2004).

²⁷ Cfr. Allegato A 2, totale colonna f.

²⁸ Art. 2, comma 279, della Legge finanziaria 2008, n. 244 del 24 dicembre 2007. "All'art. 1, comma 796, lettera n), primo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, le parole: «20 miliardi di euro» sono sostituite dalle seguenti: «23 miliardi di euro»."

ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, di cui al citato art. 20, di ulteriori **3 miliardi di euro**²⁹, elevando in tal modo il finanziamento complessivo del programma a **23 miliardi di euro**. Tale somma è stata ripartita tra le regioni, le province autonome e gli enti di cui all'art 4, comma 15, della legge n. 412/91, con la delibera n. 97/2008, destinando **2,95 miliardi di euro**³⁰ alla prosecuzione dei programmi regionali di riqualificazione strutturale e tecnologica delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

La rimanente somma pari a **50 milioni di euro** costituisce una quota riservata destinata per:

- **20 milioni di euro** agli Istituti zooprofilattici sperimentali;
- **10 milioni di euro** al potenziamento, alla creazione di unità di terapia intensiva neonatale (TIN) e all'acquisto di nuove metodiche analitiche, basate sulla spettrometria di massa tandem, per effettuare screening neonatali allargati per patologie metaboliche ereditarie;
- **10 milioni di euro** alle attrezzature e tecnologie per la medicina penitenziaria;
- **10 milioni di euro** agli interventi urgenti individuati dal Ministro della Salute.

L'art. 2, comma 69, della legge n. 191/2009 (legge finanziaria 2010)³¹ ha elevato l'importo destinato al programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, già rideterminato in **23 miliardi di euro**, a **24 miliardi**, ferma restando la sottoscrizione di accordi di programma con le regioni e l'assegnazione di risorse agli altri enti interessati di cui all'art. 4, comma 15, della legge n. 412/91³².

²⁹ Cfr Allegato A 2, totale colonna g.

³⁰ Cfr Allegato A 2, sub totale colonna g.

³¹ Art.2, comma 69, della legge n. 191 del 23 dicembre 2009: "*Ai fini del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, l'importo fissato dall'art. 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, e successive modificazioni, rideterminato in 23 miliardi di euro dall'art. 1, comma 796, lettera n) della legge 27/12/2006 e successive modificazioni, è elevato a 24 miliardi di euro, fermo restando, per la sottoscrizione di accordi di programma con le regioni e l'assegnazione di risorse agli altri enti del settore sanitario interessati, il limite annualmente definito in base alle effettive disponibilità di bilancio. L'incremento di cui al presente comma è destinato prioritariamente alle regioni che hanno esaurito, con la sottoscrizione di accordi, la loro disponibilità a valere sui citati 23 miliardi di euro.*"

³² Complessivamente, le risorse assegnate nel tempo a tali enti, con riferimento alla sola seconda fase del programma, sono pari a 697,49 milioni di euro, così suddivise: a) 633,59 milioni di euro, di cui una prima tranche di finanziamenti, pari a 129,82 milioni di euro, ripartiti con delibera CIPE n. 53/98, sono stati impegnati per la realizzazione di opere ritenute prioritarie e per interventi urgenti da realizzare nel settore della sicurezza; b) 0,92 milioni di euro di integrazione dei finanziamenti previsti dalla legge n. 448/99, per interventi volti al potenziamento della radioterapia e ripartiti con D.M 28/12/2001; c) 127,80 milioni di euro, previsti dalla legge n. 388 del 2000, e ripartiti con delibera CIPE n. 65/02, così come modificata dalla delibera CIPE n. 63/04; d) 45 milioni di euro ripartiti, con delibera CIPE n. 58/2008, tra 9 degli enti previsti dalla legge, quale "Riserva per interventi urgenti individuati dal Ministro della Salute", relativa ad una quota delle risorse finanziarie stanziata dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296; e) 20 milioni di euro, compresi nella quota accantonata come riserva dalla delibera CIPE n. 97/2008 - pari a complessivi 50 milioni di euro - destinati agli Istituti zooprofilattici sperimentali (cfr. paragrafo 2.1). Le procedure previste dall'accordo tra il Governo, le regioni, le province autonome del 19/12/2002 riguardano anche gli enti di cui all'art. 4 comma 15 della l. n. 412/91, come specificato al punto 2 di detto accordo. Secondo quanto comunicato dal Ministero della salute con nota n. 34892 del 27/10/2010: "*...Si rappresenta, inoltre, che relativamente agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, i policlinici universitari a diretta gestione, gli ospedali classificati, gli istituti zooprofilattici sperimentali e l'Istituto superiore di sanità, non è prevista la stipula di un Accordo di programma. L'assegnazione delle risorse avviene con deliberazione del CIPE o con decreto del Ministro della salute...*". Il Ministro della salute, con decreto 11/7/2003 e seguenti, viste le richieste di alcuni enti di rifinanziamento delle risorse finanziarie disponibili ed

L'incremento è stato destinato prioritariamente alle regioni che hanno esaurito, con la sottoscrizione di accordi, la loro disponibilità a valere sui citati 23 miliardi di euro³³.

Relativamente al cofinanziamento delle regioni e degli altri soggetti pubblici interessati, l'art. 20, comma 1, della legge n. 67/88 prevedeva che il finanziamento fosse assicurato mediante operazioni di mutuo delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, nel limite del **95%** della spesa ammissibile risultante dal progetto, con la BEI, con la Cassa depositi e prestiti e con gli istituti e aziende di credito all'uopo abilitati attraverso decreto del Ministro del tesoro, di concerto con il Ministro della sanità, con contestuale assunzione dell'onere di ammortamento a carico dello Stato³⁴.

Questo meccanismo è stato abolito nella seconda fase del programma, rimanendo tuttavia vincolante il limite del 95% di finanziamento dello Stato rispetto al totale dei progetti ammessi. In tal senso è stato interpretato il tessuto normativo di riferimento a seguito dell'entrata in vigore dell'art. 5 bis, comma 2, del decreto legislativo n. 502/92, introdotto dalla legge n. 229/99. Esso stabilisce, tra l'altro, che *"gli accordi di programma ... disciplinano ... le modalità di erogazione dei finanziamenti statali, le modalità di partecipazione finanziaria delle regioni e degli altri soggetti pubblici interessati, nonché gli*

esaminata la relativa documentazione, ha revocato alcuni finanziamenti già assegnati per riassegnarli ai medesimi enti per la realizzazione di interventi rimodulati. Inoltre, il DM 16/5/2006, oltre a disporre quanto già sopra riportato, dispone: *"La procedura di ammissione al finanziamento degli interventi è subordinata al parere del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute, obbligatorio ai sensi del DM 12 dicembre 2003"*.

³³ Tale somma è comprensiva delle risorse, pari a 9.400 miliardi di lire (4,85 miliardi di euro), già impiegate nella prima fase del programma, conclusa sul finire del secolo scorso.

³⁴ Una disamina approfondita della normativa vigente in materia di edilizia sanitaria deve necessariamente muovere i suoi passi dalla legge finanziaria del 1988 (legge 11 marzo 1988 n. 67). L'articolo 20 di tale intervento normativo prevedeva, come si è già scritto, in una ottica di totale ristrutturazione delle strutture immobiliari del sistema sanitario, l'esecuzione di un articolato programma di interventi pluriennali di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, con interventi sia nell'area ospedaliera, sia nell'area territoriale ed operando in generale un'opera di riqualificazione strutturale e tecnologica del sistema sanitario nazionale. L'impegno economico era fissato in 30 miliardi di lire, da articolare in tre trienni operativi (prevedendo un impegno di 10 miliardi di lire per ciascun triennio), da reperirsi attraverso mutui con la BEI, con la Cassa depositi e prestiti e con istituti di credito all'uopo autorizzati, per una quota del 95% a carico dello Stato e del 5% a carico delle regioni. Il fondo previsto è stato successivamente incrementato dalla legge n. 135 del 1990, che prevedeva una analoga ristrutturazione del patrimonio immobiliare sanitario finalizzato alla cura ed alla prevenzione dell'AIDS. Deve rilevarsi come le difficoltà attuative del programma di ammodernamento e ristrutturazione del settore (con determinazione di ingenti residui contabili: già nel 1996 le somme stanziare del 1 triennio non risultavano spese per 5.000 miliardi di lire, cioè la metà dell'importo complessivo) si sono rilevate fin da subito, e l'originaria distinzione in tre trienni, contenuta nella legge n. 67/1988, è stata modificata in fasi (cfr. la ricostruzione operata dalla stessa Corte Costituzionale nella sentenza n. 45 del 2008: *"... Occorre ricordare in sintesi l'evoluzione normativa in tema di investimenti nell'edilizia sanitaria, allo scopo di inserire le disposizioni censurate in un quadro più generale. La legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 1988) ha disciplinato per la prima volta l'intero settore degli investimenti in materia di edilizia sanitaria, prevedendo, all'art. 20, «un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di lire 30.000 miliardi».* La legge imponeva alle Regioni l'obbligo di predisporre una strategia programmatica, coinvolgendo le unità sanitarie locali. Il programma previsto nel citato atto legislativo indicava espressamente una serie di finalità, rispetto alle quali dovevano essere valutate l'efficacia, l'efficienza e l'economicità delle proposte di investimento. Nel corso degli anni, si sono succedute rilevanti modifiche riguardanti i soggetti coinvolti nel processo decisionale, mentre non hanno subito sostanziali variazioni gli obiettivi originari del programma, sostenuti peraltro da ulteriori priorità fissate da leggi successive..."). Pertanto, con la legge n. 492 del 4.12.1993, i poteri in materia di programmazione, attuazione e controllo sugli investimenti in sanità vengono affidati alle regioni, alle università degli studi con policlinici a gestione diretta e agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Tuttavia, come si dirà nel prosieguo, non sembra che tale criticità risulti superata.

eventuali apporti degli enti pubblici preposti all'attuazione". Il Ministero dell'economia e delle finanze con nota prot. n. 81189 del 20 luglio 2009, nel fornire informazioni in merito alla misura del costo complessivo del singolo intervento, ha combinato le vecchie norme inerenti alla stipula dei mutui con la nuova disposizione, specificando che "... Qualora si intenda fare riferimento alla quota del costo a carico dello Stato, questa non può superare il 95%, ma si registrano numerosi casi nei quali la quota di compartecipazione regionale è sicuramente superiore al 5%. Tali informazioni sono comunque contenute nei singoli accordi di programma".

Per l'analisi dei cofinanziamenti si rinvia al successivo paragrafo 3.1.

2.2. Quadro normativo delle revoche

La crescente lentezza nella predisposizione dei progetti e nell'avvio degli stessi, che ha caratterizzato l'edilizia e l'ammodernamento tecnologico della sanità pubblica nell'ultimo decennio, ha indotto il legislatore ad emanare norme sollecitatorie e sanzionatorie nei confronti delle regioni e dei soggetti attuatori non rispettosi dei tempi e delle modalità previste dalle varie disposizioni di finanziamento. Il quadro di riferimento normativo può essere così sintetizzato.

La legge 23 dicembre 2005, n. 266 (finanziaria 2006), al fine di razionalizzare l'utilizzazione delle risorse per l'attuazione del programma pluriennale in questione, ha disposto all'art. 1, comma 310, che gli accordi di programma sottoscritti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, decorsi 18 mesi dalla sottoscrizione, si intendono risolti, limitatamente alla parte inerente agli interventi per i quali la relativa richiesta di finanziamento non risulti presentata al Ministero della salute entro tale periodo temporale, con la conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa. L'art. 1, comma 310, applica tale disposizione anche:

- agli interventi la cui domanda di finanziamento risulti presentata, ma valutata negativamente, entro 24 mesi dalla sottoscrizione degli Accordi medesimi;
- agli interventi per i quali, entro nove mesi dalla comunicazione di ammissione al finanziamento, gli enti attuatori non abbiano proceduto alla aggiudicazione dei lavori, salvo proroga autorizzata dal Ministero della salute.

L'art. 1, comma 311, della legge finanziaria 2006 (legge n. 266/2005) ha disposto che le risorse rese disponibili a seguito delle predette fattispecie di revoca, siano utilizzate, attraverso periodiche ricognizioni, formalizzate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, per la sottoscrizione di nuovi accordi e per tutte le linee di finanziamento previste dal programma di investimenti di cui all'art. 20.

L'art. 1, comma 312, della citata legge ha statuito che in fase di prima attuazione,

attraverso analogo d.m., la risoluzione degli accordi già sottoscritti sia limitata ad una parte degli interventi previsti, corrispondente al 65% delle risorse revocabili. Per l'utilizzo della parte relativa agli impegni di spesa non revocati pari al 35%, le regioni potevano presentare, entro il termine perentorio del 30 giugno 2006, il programma con gli interventi da finanziare. Entro il termine perentorio di 6 mesi dall'entrata in vigore del decreto di attuazione, la regione doveva trasmettere la richiesta di finanziamento relativa a detti interventi.

3. Le risorse assegnate e le modalità della loro attivazione in accordi di programma

Il presente paragrafo riguarda le modalità attraverso le quali le risorse assegnate alle regioni dalle disposizioni di legge succedutesi nel tempo sono state dedotte negli accordi di programma, consentendone la materiale attivazione.

Il CIPE determina preventivamente le risorse destinate specificamente alle regioni attraverso accordi di programma. La sottoscrizione degli stessi è resa possibile dall'iscrizione nel bilancio dello Stato (ed in particolare nel richiamato capitolo 7464) delle somme stanziare nell'ambito delle leggi annuali.

Una volta acquisito il parere favorevole del Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici in sanità, il Ministero della salute chiede all'Ispettorato generale della spesa sociale (IGESPES) della Ragioneria generale dello Stato il preventivo concerto sulla disponibilità finanziaria della somma esposta nella bozza di accordo di programma. Acquisito il concerto, la proposta di accordo di programma viene trasmessa alla Conferenza Stato-Regioni per l'espressione della prevista intesa. Le somme risultano impegnate al momento dell'espressione del concerto da parte dell' all'Ispettorato generale della spesa sociale (IGESPES).

Sono previste variabili procedurali per il programma di potenziamento della libera professione intramuraria e per il potenziamento della radioterapia.

Nel lungo processo che conduce dallo stanziamento delle risorse alla realizzazione degli interventi programmati in ambito regionale, il perfezionamento degli accordi di programma costituisce condizione necessaria, ma non sufficiente, per realizzare gli obiettivi infrastrutturali e, più in generale, gli investimenti. Sotto questo profilo, i prospetti illustrativi del rapporto tra somme stanziare e dedotte in accordo non risultano completamente significativi riguardo alla efficacia dei procedimenti di attuazione. Infatti, l'analisi successivamente formulata in merito alle transazioni e ai flussi finanziari con i soggetti beneficiari pone in luce rilevanti scostamenti tra il valore degli stessi accordi di programma e quello dei trasferimenti effettuati dallo Stato a favore delle regioni e dei

soggetti beneficiari. Inoltre, le stesse somministrazioni finanziarie non costituiscono, di per sé, prova del perfezionamento degli obiettivi programmati.

L'allegato A rappresenta il quadro sintetico delle risorse stanziare, attivate ed erogate nel corso degli anni di svolgimento della seconda fase del programma. Per risorse attivate si intendono quelle oggetto di accordi di programma con le regioni e quelle direttamente assegnate agli altri enti beneficiari delle provvidenze statali.

Le modalità di classificazione dei dati adottate da questa Corte sono improntate all'obiettivo econometrico di rapportare gli stanziamenti contemplati dal Legislatore alle somme effettivamente attivate ed utilizzate. Per questo motivo si verificano delle discrepanze con la posizione del Ministero dell'economia e delle finanze il quale tende a prescindere dai dati contabili in favore di stime macro economiche, in ordine alle quali si dà più analitica contezza nel successivo paragrafo 5.

Con riguardo alla seconda fase, le risorse complessivamente stanziare ammontano dunque a **16,84 miliardi** di euro: di questi **6,81 miliardi**, riservati alle regioni, non sono confluiti in accordi di programma, **20 milioni** di euro non sono stati assegnati agli altri enti beneficiari e **30 milioni di euro** - quale quota parte della riserva accantonata dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) con delibera n. 97/08 - non sono stati attribuiti.

Ne consegue che delle somme stanziare dal Legislatore solo **9,98 miliardi** di euro sono stati attivati: **9,30 miliardi** sono confluiti in accordi di programma sottoscritti dalle regioni e **680 milioni** sono stati assegnati agli altri enti beneficiari.

Come più analiticamente riferito in seguito, **7,04 miliardi** di euro sono stati materialmente erogati alle regioni e agli altri enti, mentre **2,94 miliardi**, ancorché giuridicamente assegnati, non sono ancora confluiti in transazioni finanziarie.

In sintesi, rispetto al programma legislativo complessivo è stato attivato il **59,26%** delle risorse stanziare e solo il **41,82%** è stato erogato agli enti interessati.

Con queste precisazioni si può, dunque, procedere all'analisi degli esiti amministrativi delle operazioni di riparto delle risorse e della successiva formalizzazione degli accordi.

Gli allegati A2 e A3 illustrano, rispettivamente, la cronologia dei finanziamenti in termini di valore e di proporzione sul totale del ripartito.

Essi consentono di verificare che alcune regioni hanno mantenuto una incidenza percentuale complessivamente uniforme nei diversi step di stanziamento delle risorse. Altre invece presentano rilevanti oscillazioni.

Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e i policlinici universitari a gestione diretta hanno visto garantiti finanziamenti proporzionati, nel loro valore complessivo, a quelli di una regione medio-grande.

L'allegato C contiene le informazioni finanziarie relative alle modalità di stanziamento e di utilizzazione dei fondi delle regioni che hanno caratterizzato il programma oggetto della presente indagine.

Alcuni enti territoriali sono riusciti a raggiungere percentuali molto elevate nel rapporto tra valore complessivo degli accordi di programma e risorse assegnate: la Provincia autonoma di Bolzano ha sottoscritto quasi il 100% delle risorse assegnate in ambito CIPE; la Valle d'Aosta ha raggiunto l'83%; il Veneto l'80%; la Lombardia il 78%; la Provincia autonoma di Trento il 74%; la Toscana il 72%; l'Emilia Romagna ed il Piemonte il 71%.

Altre regioni, tuttavia, presentano situazioni altamente critiche: il Molise ha sottoscritto accordi per appena il 18%³⁵, l'Abruzzo per il 32%, l'Umbria per il 36% e la Calabria per il 39%.

Sul punto di vista delle regioni interessate a tali anomalie si rinvia al successivo paragrafo 3.2.

La colonna 4 specifica il minor costo degli interventi inseriti negli accordi di programma già sottoscritti.

La colonna 5 evidenzia i finanziamenti inseriti negli accordi di programma e poi revocati.

Il prospetto denota un notevole disallineamento tra regioni: a fronte di enti territoriali che non hanno sopportato nessuna revoca, altri, come la Regione Campania, raggiungono cifre di assoluta rilevanza (**610,43 milioni di euro**). Le revoche della Regione Campania superano la metà (55%) delle provvidenze assegnate in sede di accordo di programma: nella buona sostanza esse hanno caratterizzato la maggior parte degli interventi proposti ed accreditati in sede di accordo.

Si assestano su percentuali elevate (tra il 15% ed il 17%), anche se a notevole distanza dalla Campania, anche il Friuli Venezia Giulia (17%), il Lazio (17%), le Marche (15%), la Sicilia (16%) e la Valle d'Aosta (16%)³⁶.

In un momento di rilevante crisi per i pertinenti bilanci regionali, gravati da insostenibili oneri per assicurare accettabili livelli dei servizi sanitari, la mancata o parziale utilizzazione di risorse aggiuntive per investimenti, denota una incapacità a sfruttare opzioni difficilmente ripetibili per uscire dallo stato di crisi³⁷.

³⁵ Peraltro nel sito del Ministero della salute, preso a riferimento per la percentuale, non è stato richiamato un accordo del 2000, tenuto presente, invece, dalla Regione Molise, pari a € 13,27 milioni di cui 12,44 a carico dello Stato.

³⁶ Sulla gestione delle revoche si rinvia alla analisi del successivo paragrafo 4.

³⁷ E' bene precisare che pur essendo innegabile la distinzione tra strutture che strumentalmente vengono predisposte per la prestazione dei servizi sanitari e l'erogazione dei servizi stessi, il rapporto di intrinseco collegamento non può non influire sulla qualità del livello delle prestazioni. Queste ultime devono essere almeno pari alla misura minima contemplata dall'art. 117, secondo comma, lett. m) della Costituzione.

Sulla influenza della concertazione con lo Stato, in ordine ai tempi e ai modi di attuazione del programma, si rinvia più diffusamente ai successivi paragrafi.

Complessivamente le risorse disponibili per accordi di programma ancora da sottoscrivere ammontano alla rilevante somma di **6,81 miliardi di euro**³⁸: la Regione Campania da sola supera il miliardo (**1,30 miliardi di euro**). Anche la Sicilia (**805 milioni**), il Lazio (**701 milioni**), la Puglia (**603 milioni**) presentano situazioni assolutamente incongruenti con i fabbisogni e le indefettibili priorità emergenti dall'analisi funzionale delle strutture sanitarie di riferimento.

L'allegato B1 contiene l'analisi e la cronologia degli accordi di programma sottoscritti con le regioni interessate.

Il numero degli accordi sottoscritti si presenta sostanzialmente uniforme nell'arco temporale di riferimento: salvo che per gli esercizi 1999, 2001, 2002 e 2006, essi sono stati perfezionati in misura compresa nella forcella da sei a nove.

Nell'esercizio 2010, tuttavia, il numero degli accordi sottoscritti si riduce di quasi due terzi rispetto all'anno precedente: solo la Basilicata, le Marche e la Provincia autonoma di Bolzano hanno sottoscritto patti, idonei a consentire l'utilizzazione delle somme stanziare.

L'allegato A1 illustra l'incidenza in valore ed in percentuale degli accordi sottoscritti dalle regioni e delle risorse non ancora dedotte in accordi. Le risultanze finanziarie sono sostanzialmente conformi a quelle dell'allegato C.

Sul totale delle risorse oggetto di accordi, pari a **10,62 miliardi di euro**, quelle più elevate in valore assoluto appartengono alla Lombardia (16,03%), alla Sicilia (10,89%), alla Campania (10,45%) e al Veneto (8,27%); la Campania e la Sicilia sono, tuttavia, insieme alla Regione Lazio, anche gli enti territoriali che hanno le percentuali più elevate di potenziale inutilizzazione delle risorse (si intende con tale espressione il mancato sfruttamento delle somme complessivamente assegnate nel lungo arco temporale).

Confrontando le colonne A e C del citato allegato viene alla luce che alcune regioni presentano dati rassicuranti circa la capacità di dedurre in accordo le risorse assegnate mentre altre manifestano una tendenza assolutamente opposta. Dal confronto descritto si ricavano dati positivi per l'Emilia Romagna, il Friuli Venezia Giulia, la Liguria, la Basilicata,

³⁸ Peraltro su detta somma gravano già prenotazioni di impegno che possono essere così riassunte: - L'importo di 117 milioni di euro, accantonato, a valere sulle disponibilità di bilancio, in favore delle regioni Calabria (priorità per lo stato di emergenza in attuazione dell'OPCM 3635/2007 e successive integrazioni) e Abruzzo (priorità per eventi sismici, come disposto dall'art. 4, comma 6, del decreto legge n. 39/09, convertito con modificazioni dalla legge n. 77/09), come richiesto dal Ministero della salute al Ministero dell'economia e delle finanze. Trattasi di importi compresi all'interno dello spazio programmatico residuo delle due regioni in oggetto, come da riparti delle risorse effettuati in sede CIPE, al netto degli accordi di programma già sottoscritti con le medesime; - l'importo di 35 milioni di euro relativo ad un nuovo accordo di programma da sottoscrivere con la regione Veneto per il quale il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato ha già dato l'assenso tecnico al Ministero della salute per sottoporlo all'approvazione in Conferenza Stato-Regioni e quindi sottoscriverlo.

la Lombardia, le Marche, la Provincia autonoma di Trento, la Sardegna, la Sicilia, la Toscana, la Valle d'Aosta ed il Veneto.

Manifestano, invece, una tendenza negativa le regioni Abruzzo, Calabria, Molise e Umbria. La maggior parte di questi enti territoriali coincide con quelli caratterizzati dalle più rilevanti situazioni di dissesto. Peraltro, anche la positiva capacità di dedurre in accordo una percentuale più elevata delle risorse complessivamente assegnate, non concreta una situazione di per sé ottimale, dal momento che gli accordi devono essere poi tradotti in realizzazioni. Sotto questo profilo, come si dirà in prosieguo, tenuto conto della carenza dei dati del monitoraggio e più in generale delle notizie acquisite dal Ministero della salute, si può comunque affermare che alcune regioni non riescono a realizzare risultati altrettanto apprezzabili.

Per quel che riguarda la capacità di utilizzare le risorse, sono in testa molte regioni del Nord ed, in particolare, quelle a statuto speciale.

La primazia degli enti territoriali a statuto speciale viene indirettamente confermata anche dai dati del Sud: la regione Sardegna e la regione Sicilia, pur con valori nettamente più bassi, sono avanti alle regioni limitrofe non dotate di autonomia. Peraltro le procedure amministrative delle regioni a statuto speciale sono, nel caso di specie, identiche a quelle ordinarie.

Particolarmente rilevanti sono le risorse non dedotte negli accordi di programma: esse potrebbero risolvere notevoli problemi nell'ambito delle regioni strutturalmente dissestate, se utilizzate in modo ragionevole e tempestivo.

Invece, la tendenza sembra orientata in senso opposto, cioè ad acuire la forbice tra i poli gestionali precedentemente descritti.

Peraltro diversi elementi sintomatici lasciano intendere che il rallentamento nella stipula degli accordi di programma, così come il fenomeno, di cui si dirà in prosieguo, della lentezza nella somministrazione delle risorse, abbiano quale rilevante concausa le ristrettezze della finanza pubblica e le esigenze di contenimento della spesa. In un contesto di grave difficoltà economico-finanziaria il lento andamento delle gestioni e del perseguimento dei relativi obiettivi può tramutarsi, almeno nel breve periodo, in un sollievo per le casse dello Stato finanziatore. Tuttavia, in un settore strategico dei servizi, finalizzato alla tutela di interessi essenziali del cittadino, i benefici conseguiti nelle politiche di cassa non sembrano paragonabili ai pregiudizi derivanti dalla lentezza o dal fallimento degli obiettivi strategici nel campo sanitario.

3.1 La misura dei cofinanziamenti

Come specificato nel precedente paragrafo 2.1, gli accordi di programma per gli investimenti infrastrutturali nel campo sanitario devono prevedere un cofinanziamento in

ambito regionale di almeno il 5% che, nella prassi interpretativa, è stato inteso come sommatoria delle risorse eventualmente messe a disposizione dalle regioni, dalle aziende sanitarie oppure reperite sul mercato del capitale privato.

Il finanziamento avviene con accordi di programma stipulati tra il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze - acquisita l'intesa della Conferenza Stato Regioni - e le singole Regioni o Province autonome interessate.

I Ministeri, come già in precedenza richiamato, sono subentrati al CIPE, sulla base dell'art. 3 della legge 12 maggio 1999 n. 144.

I quadri B e B1 analizzano in dettaglio l'entità dei finanziamenti ripartiti su base regionale e per tipologia di finanziatore.

L'allegato B riassume sinteticamente i rapporti tra finanziamento statale e finanziamenti reperiti in ambito regionale, mentre l'allegato B1 riguarda più analiticamente il peso che ogni accordo sottoscritto ha avuto nella maturazione di detti valori e percentuali.

Il primo dato che emerge - come illustrato dalle colonne 2 e 3 dell'allegato B - è l'esistenza di notevoli discrepanze nella misura del finanziamento a carico dello Stato: le regioni che hanno avuto la percentuale minore risultano essere il Piemonte (63,76%), la Provincia autonoma di Trento (65,42%), il Veneto (66,93%), la Toscana (67,63%) la Valle d'Aosta (68,28%) le Marche (69,71%) e l'Emilia Romagna (71,85%).

Altre regioni quali il Friuli Venezia Giulia, la Sicilia, il Lazio, la Campania ed il Molise hanno, invece, contributi superiori al 90% da parte dello Stato; nel caso del Lazio, della Campania e del Molise si arriva alla misura massima del 95%. Queste fattispecie interessano regioni che presentano situazioni di dissesto finanziario in materia sanitaria ad eccezione del Friuli Venezia Giulia il quale è l'unica regione, con un finanziamento statale superiore al 90%, a manifestare una migliore condizione economica.

La Regione Abruzzo, pur essendo interessata dal contemporaneo dissesto della sanità e dai noti eventi sismici, a differenza delle altre regioni ha una percentuale inferiore all'80% (79,01%), non dissimile da quella della regione Lombardia (76,03%) che, invece, presenta dati finanziari, contabili e qualitativi nettamente superiori.

Richiesto in ordine ai motivi di differenze così rilevanti nella partecipazione dello Stato al finanziamento degli interventi, il Ministero della salute ha replicato che la misura delle compartecipazioni regionali è legata ai singoli accordi a loro volta perfezionatisi nel pieno rispetto della volontà degli enti territoriali contraenti. In tal senso viene implicitamente ammessa l'assenza di un criterio obiettivo e predeterminato nella quantificazione e nella percentualizzazione dell'intervento statale all'interno dei diversi ambiti regionali.

Evidenti principi di imparzialità e ragionevolezza, nonché la particolare materia soggetta a delicati snodi di relazioni economico finanziarie tra lo Stato e le regioni, a loro volta influenzati dal nuovo assetto costituzionale del titolo V della Costituzione e della legge n. 42/09, non consentono di liquidare il delicato argomento come materia riservata a una pretesa "autonomia negoziale" degli enti contraenti.

Infatti, anche alla luce dei delicati equilibri fiscali e dell'accentuato dimorfismo delle economie regionali, la misura dell'intervento statale dovrebbe essere oggetto di previa determinazione di ragionevoli criteri di intervento.

Come già precisato, il cofinanziamento può essere assicurato direttamente dalle regioni o da altri soggetti interessati all'attuazione dei programmi. Le colonne 4 e 5 dell'allegato B illustrano la percentuale delle risorse direttamente impiegate dalle singole regioni. In questa graduatoria l'ente maggiormente impegnato risulta essere il Piemonte (34,96%), seguito dalla Provincia autonoma di Trento (34,58%), dalla Valle d'Aosta (31,72%), dalla Calabria (26,21%), dalla Basilicata (23,06%), dalle Marche (22,46%), dal Veneto (22,44%) e dalla Provincia autonoma di Bolzano (22,21%); 6 regioni rimangono sotto il valore del 5%, in relazione al quale suppliscono gli ulteriori diversi mezzi di finanziamento illustrati nello stesso allegato: Toscana (2,79%), Abruzzo (4,16%), Emilia Romagna (4,23%), Umbria (4,31%), Sardegna (4,70%), Regione siciliana (4,98%). Le regioni Lazio, Campania e Molise si attestano sulla misura minima garantita dalla legge (5%), non presentando altre forme di reperimento di capitali.

Le colonne 6 e 7 illustrano, invece, la percentuale di finanziamento direttamente reperito attraverso le aziende sanitarie: in questa graduatoria risulta essere in testa la regione Toscana (29,59%), seguita dalle aziende della Emilia Romagna (23,83%), dell'Abruzzo (16,83%) e dell'Umbria (13,82%); tutte le altre regioni seguono a grande distanza: Lombardia (10,93%), Veneto (8,67%), Liguria (8,30%), Marche (7,83%), Piemonte (1,28%) e la Regione siciliana (0,03%). Le aziende sanitarie delle regioni Sardegna, Puglia, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Campania e Molise non forniscono alcun cofinanziamento.

Per quel che riguarda il finanziamento privato, come illustrato nelle colonne 8 e 9, soltanto cinque regioni risultano averlo attivato: la regione Sardegna (10,17%), la Lombardia (3,08%), il Veneto (1,96%), la Regione siciliana (0,37%) e l'Emilia Romagna (0,10%).

Peraltro, questa innovativa forma di finanziamento, molto importante nel caso in cui si concreti in formule effettivamente e concretamente applicabili, non ha trovato riferimenti attendibili nella documentazione istruttoria.

Infatti, le fattispecie negoziali relative a tali interventi risultano schematizzate in modo vago ed impreciso e, soprattutto, non sono individuate né le singole prestazioni, né

la pertinente stima economica degli interventi a carico dei privati e dei rischi eventualmente assunti da questi ultimi. Nella buona sostanza non sembra trattarsi di fattispecie in linea con i modelli di partenariato pubblico-privato che la disciplina comunitaria consente in questo particolare ambito di commesse.

I dati esposti nel presente paragrafo sono stati analiticamente elaborati sulla base degli accordi di programma acquisiti in sede istruttoria. Circa l'efficacia della rendicontazione degli esiti delle iniziative contenute nei predetti accordi si rinvia a successivo paragrafo.

Deve inoltre essere sottolineato che pur non essendo ufficialmente collegata la coerenza dei piani di rientro e i relativi commissariamenti con l'attuazione degli investimenti nell'edilizia sanitaria, questi ultimi vengono condizionati dalla propedeuticità delle operazioni di razionalizzazione della rete esistente rispetto ai nuovi investimenti. Ciò comporta che proprio nelle situazioni caratterizzate da maggiore deficit infrastrutturale, non vengono realizzati oppure risultano gravemente in ritardo iniziative in grado di sviluppare ed arricchire il tessuto dei servizi ospedalieri e sanitari.

3.2 Il punto di vista delle Regioni penalizzate dal ritardo o dalla mancata sottoscrizione degli accordi di programma

Alcune regioni presentano elementi critici in relazione alla scarsa utilizzazione delle risorse assegnate attraverso la sottoscrizione di accordi di programma. La Corte dei conti ha inviato richieste di chiarimenti alle Regioni interessate le quali hanno fornito riscontro nei termini appresso riassunti.

La Regione **Umbria**³⁹ ha sostanzialmente riferito soltanto sugli eventi verificatisi nell'ultimo triennio, mettendo in luce le seguenti tappe propedeutiche all'utilizzazione delle somme:

- a) approvazione del Programma pluriennale regionale degli investimenti alla fine dell'esercizio 2009 in esecuzione dell'Accordo Stato-Regioni del 28 febbraio 2008;
- b) stipula dell'Accordo di programma tra la Regione Umbria, il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze, necessario per l'ammissione a finanziamento da parte dello Stato. Il 15 luglio 2010 il Nucleo di Valutazione degli Investimenti Pubblici del Ministero della Salute ha approvato il documento ed ha quindi espresso parere favorevole alla prosecuzione dell'iter relativo alla stipula dell'accordo. Con D.G.R. n. 1875 del 20/12/2010 è stato approvato lo schema dell'articolato contrattuale che è stato

³⁹ Cfr. Nota prot. n. 31474 del 02/03/2011.

trasMESSO al Ministero dell'Economia e delle Finanze per l'acquisizione del necessario concerto. La sottoscrizione dell'Accordo di programma, a cui farà seguito l'utilizzo delle risorse assegnate, potrà avvenire solo dopo aver acquisito il concerto del Ministero dell'Economia e delle Finanze e l'intesa della Conferenza Stato-Regioni.

La Regione **Abruzzo**⁴⁰, ha inviato un documento molto più articolato nel quale sono state messe in luce diverse disfunzioni, che la presente istruttoria ha rivelato essere in parte comuni ad altre regioni:

- a) un sensibile ritardo nell'adozione delle linee di programmazione regionale;
- b) un articolato iter preparatorio degli accordi di programma, caratterizzato da un sostanziale scostamento degli indirizzi regionali dalle ipotesi di efficientazione dei servizi sanitari, adottato a livello nazionale, soprattutto attraverso la chiusura o la riconversione dei presidi ospedalieri secondari;
- c) evenienze eccezionali come il terremoto, le quali hanno sconvolto lo scenario di riferimento precedente, già oggetto di contrasti tra le linee di programmazione regionale e statale;
- d) prevalenza delle problematiche inerenti alla sicurezza e alla ricostruzione rispetto a quelle di natura squisitamente sanitaria, in relazione all'impiego delle risorse disponibili;
- e) negativo impatto delle procedure statali di valutazione delle compatibilità economico finanziarie dei trasferimenti in conto capitale, conseguenti allo stanziamento e alla erogazione delle pertinenti risorse.

La Regione **Calabria**⁴¹ ha comunicato che:

- a) in data 16/12/2004 è stato stipulato il I accordo di programma stralcio per il settore degli investimenti sanitari per un importo a carico dello Stato pari a 61,09 milioni di euro;
- b) in data 13/12/2007 è stato stipulato il II accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari per un importo a carico dello Stato pari a 178,61 milioni di euro;
- c) le disponibilità finanziarie residue previste dall'art.20 della legge n.67/88, sono oggetto di azioni del Commissario delegato secondo quanto previsto dall'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3635 del 21 dicembre 2007;
- d) nel corso dell'attività commissariale sarebbero stati intrapresi diversi programmi di interventi; in particolare sarebbe stato approntato un programma

⁴⁰ Cfr. Nota prot. n. RA/50375/DG2 del 02/03/2011.

⁴¹ Cfr. Nota prot. n. 174 del 09/03/2011.

di potenziamento funzionale e di innovazione tecnologica per le tre aziende ospedaliere di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria, i cui interventi prevedono una copertura finanziaria a carico dello Stato per l'importo di 107,49 milioni di euro e per le quali si sarebbe in attesa del decreto di ammissione al finanziamento da parte del Ministero della salute;

- e) per la complessiva rimanente parte delle risorse a carico dello Stato (art. 20 legge n. 67/88), la Regione sarebbe in attesa di conoscere quando le stesse potranno essere rese effettivamente disponibili, anche in considerazione del fatto che sono stati avviati, a cura del Commissario delegato, altri programmi di azione.

La Regione **Molise**, dopo aver riassunto le vicende che hanno condotto alla stipula degli accordi di programma di cui all'allegato B1, ha dato contezza della più recente situazione: nel corso del 2009 ha richiesto al Ministero della salute la disponibilità ad avvalersi della propria quota di fondi. Con delibera di Giunta Regionale, assunta con i poteri del Consiglio, n. 112 del 16 febbraio 2009 ha attivato le procedure per la sottoscrizione di un nuovo Accordo di programma dell'importo complessivo di € 42.579.138,00, di cui € 32.250.000,00 per la realizzazione di 15 interventi di manutenzione straordinaria e di adeguamento alle norme di sicurezza di cui al decreto 81/08 ed € 10.329.138,00 per il Centro di Ricerca e Formazione in Scienza delle Tecnologie Biomediche dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Essendo la regione Molise sottoposta alle procedure di piano di rientro ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 24 dicembre 2004, n. 311, i relativi atti afferenti alla materia sanitaria devono essere preventivamente sottoposti alla approvazione dei Ministeri dell'economia e della salute. Questi ultimi hanno prescritto la preventiva approvazione dell'atto di riorganizzazione dell'intera rete ospedaliera e territoriale, prima di procedere all'esame del programma di edilizia sanitaria.

Con parere del 24.06.2009, il Ministero della salute, di concerto con il Ministero delle finanze, ha espresso rilievi sull'opportunità di finanziare con fondi statali le opere richieste, in quanto non ravvisava la certezza che tali interventi fossero effettivamente necessari in funzione del futuro utilizzo delle strutture e dei presidi individuati, mancando – ad avviso del Ministero – un quadro definitivo circa la destinazione degli stabilimenti facenti capo ai diversi presidi. La Regione, in data 10.05.2010, ha comunque inviato il programma generale di investimenti ai Ministeri. L'esame è ancora pendente.

Nel 2010 la Regione ha altresì richiesto, ai sensi dell'art. 79, comma 1-sexies, lettera c) del decreto legge 26.06.2008, n. 112, inserito nella legge di conversione 06.08.2008 n. 133, la sottoscrizione di un Accordo di programma per la progettazione e l'attuazione di un modello di monitoraggio del S.S.R.. Tale Accordo, pur approvato, non è

stato perfezionato per la stipula dell'accordo di programma, a causa della rimodulazione delle risorse economiche conseguenti al d.l. 78/10. In definitiva, i sopravvenuti interessi finanziari hanno ad oggi rinviato il perfezionamento dell'accordo.

Dalle risposte delle regioni interessate non emergono rilevanti elementi per ritenere in via di superamento i complessivi ritardi inerenti alla traduzione delle somme stanziati in vincolanti accordi di programma. Ciò anche alla luce delle crescenti difficoltà nella erogazione dei contributi e della rigidità delle procedure di verifica in ordine all'impatto degli accordi sui saldi, meglio descritti in successivo paragrafo.

4. Gestione delle revoche e profili eziologici di maggiore rilevanza

Il presente paragrafo illustra l'andamento complessivo delle revoche, così come disciplinate dalle norme riportate nel precedente paragrafo 2.2.

Come già precisato, le revoche, per effetto della legge finanziaria 2006 (n. 266/2005), riguardano gli interventi, contenuti negli accordi di programma, per il cui avvio non è stata rispettata la tempistica prevista dalla legge per l'aggiudicazione dei contratti.

Con riguardo alle norme della legge richiamata, il Ministero della salute ha diramato, in data 8 febbraio 2006, una apposita circolare applicativa.

Ha, quindi, effettuato la ricognizione di tutti gli accordi di programma sottoscritti con le Regioni e con le Province autonome, per la parte soggetta a risoluzione, individuando gli interventi da revocare e cancellando i corrispondenti impegni di spesa.

Sono seguiti 6 provvedimenti di revoca, nel periodo 2006 - 2010, dopo le periodiche ricognizioni delle risorse non utilizzate nei termini e con le modalità consentite⁴².

L'allegato D illustra in modo sinottico la cronologia delle revoche. Queste ultime, come precedentemente precisato, ineriscono alla mancata attuazione o non attuabilità di alcuni interventi inseriti nella programmazione, sulla base delle stime esenziali finalizzate a ripartire le risorse nell'ambito delle diverse regioni.

La legge, tuttavia, consente agli accordi di programma di recuperare, in tutto o in parte, le risorse oggetto di revoca per destinarle a nuove pianificazioni.

Per quanto precedentemente specificato in relazione al quadro normativo di riferimento, questo meccanismo contribuisce comunque indirettamente ad una redistribuzione di risorse che penalizza, già a monte, le regioni più povere e meno efficienti, dal momento che gli obiettivi subentranti non sono circoscritti all'ambito regionale interessato alla revoca.

⁴² Più precisamente l'intestazione dei decreti interministeriali di revoca risulta essere: "Programma di investimenti ai sensi dell'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 - Ricognizione delle risorse rese disponibili a seguito della revoca di interventi non aggiudicati entro i termini previsti, in applicazione dell'art. 1, commi 310 e 311, della legge 23 dicembre 2005, n. 266".

E' di tutta evidenza, in disparte ogni considerazione sul meccanismo salvifico che il Legislatore ha cercato di mettere in atto per non penalizzare ulteriormente le regioni in difficoltà, che la frequenza e la entità delle revoche, indipendentemente dal loro recupero, è manifestazione di scarsa capacità programmatrice e progettuale.

Dagli esempi successivamente formulati emerge che in molti casi le proposte nascono già morte, nel senso di presentare elementi di obsolescenza tecnologica, di inattendibilità dei costi, di mancata valutazione in termini di analisi costi-benefici, se non addirittura di contrasto con le linee guida adottate in ambito nazionale.

Di tal che il fenomeno delle revoche, indipendentemente o meno dalla perdita di risorse avvenuta a seguito della dinamica degli accordi di programma, rimane una manifestazione di cattiva programmazione e/o di carenza nelle susseguenti fasi gestionali ed attuative. Nell'allegato D, di fronte ad economie realizzate in misura fisiologica, complessivamente inferiori al milione di euro, si configurano ambiti operativi estremamente problematici, tra i quali spicca quello della Campania.

Questa Regione risulta presente in cinque delle sei tornate di revoca adottate dal Ministero nel corso di attuazione del programma. Le somme revocate costituiscono da sole il 46,38% del totale delle revoche intervenute su tutto il territorio nazionale.

Delle altre regioni solo la Sicilia si attesta in doppia cifra percentuale con un valore pari al 14%; di poco inferiore al 10% il Lazio. Al Nord il Piemonte (8,65%) e il Veneto (6,25%) presentano le percentuali di revoca più elevate.

Per le regioni Calabria, Emilia Romagna, Molise, Umbria, Provincia autonoma di Bolzano e Provincia autonoma di Trento non sono state adottate revoche⁴³.

Negli allegati E - E6 sono individuati in modo analitico, sia in senso complessivo che con riguardo al loro andamento storico, gli interventi soggetti a revoca. Al di là della loro utilizzazione ai fini delle valutazioni pertinenti alla presente relazione, essi possono costituire un significativo momento di informazione e controllo per le comunità locali, interessate alla mancata realizzazione degli interventi. In ambito locale, infatti, è possibile cogliere in modo più significativo le distorsioni di un sistema che ha visto tramontare una serie di lavori, infrastrutture e dotazioni sanitarie senza alcuna rendicontazione circa i reali motivi del loro accantonamento.

Il prospetto E indica, accanto alle regioni interessate, il numero complessivo delle revoche intervenute dall'inizio della seconda fase del programma, il loro valore complessivo, il numero delle riammissioni e il valore complessivo delle riammissioni. E' altresì specificata la percentuale delle riammissioni rispetto alle revoche intervenute.

⁴³ Cfr. Allegato D, colonna 9.

Prima di procedere all'analisi dei contenuti dei precitati decreti di revoca, mette conto esaminare criticamente alcune asserzioni del Ministero dell'economia⁴⁴ circa gli effetti delle revoche.

Secondo il Ministero, i provvedimenti non avrebbero una natura sanzionatoria e redistributiva delle risorse impegnate con gli accordi di programma. Infatti, sarebbe consentito il loro pieno recupero da parte delle regioni interessate, attraverso una nuova pianificazione e progettazione degli interventi. In questo modo lo strumento della revoca sarebbe meramente sollecitatorio di più proficui indirizzi pianificatori, progettuali e gestionali.

Ferma restando la ragionevolezza dello strumento in presenza di interventi non funzionali, non conformi agli indirizzi generali della programmazione sanitaria o non economici sotto il profilo della ottimizzazione delle risorse a disposizione, non può sottacersi che il meccanismo concretamente articolato dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze non comporta una piena conservazione delle risorse a favore della regione interessata alle revoche, bensì una redistribuzione di fatto delle relative risorse, attraverso la stipula di nuovi accordi di programma.

Redistribuzione cui può partecipare la stessa regione interessata alle revoche ma che si estende alle altre regioni⁴⁵. Non garantisce in tal senso l'inciso contenuto nella norma in nota evidenziata "nel rispetto delle quote già assegnate", poichè rispetto alle somme stanziare dalle diverse disposizioni succedutesi nel tempo, quelle effettivamente messe a disposizione subiscono le preve verifiche del rispetto dei saldi di finanza pubblica da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, di modo che – come di seguito meglio illustrato – impegni e somministrazioni sono sempre in ritardo rispetto alle previsioni legislative. Ne deriva che le regioni più rapide ed efficienti – generalmente le più ricche – riescono ad inserirsi con maggiore incisività ed efficacia nelle opportunità redistributive che il meccanismo normativo consente.

4.1. I provvedimenti di revoca

Il presente paragrafo, conformemente alle indicazioni sintetiche dei pertinenti prospetti E-E6, analizza le vicende sottese ai contenuti dei 6 provvedimenti di revoca:

a) I provvedimento - decreto del Ministero della salute del 12 maggio 2006

Il modello E1 illustra i finanziamenti revocati ai sensi dell'articolo 1, comma 310, della legge n. 266/05. Detta legge prevedeva nei casi di mancato rispetto del termine di

⁴⁴ Così la memoria del Ministero dell'economia e delle finanze –Dipartimento della ragioneria generale dello Stato - Ispettorato generale per la spesa sociale nota prot. 57551 del 2/05/2011, pag. 2. Conformemente l'intervento orale del dirigente intervenuto in adunanza.

⁴⁵ Cfr. in tal senso la legge n. 266/05, art. 1, comma 311.

18 mesi dalla sottoscrizione degli accordi di programma per la presentazione da parte della regione della richiesta di ammissione al finanziamento, una revoca integrale del 65% della somma originariamente assegnata, mentre per il residuo 35% era possibile una riammissione al finanziamento su apposita istanza delle regioni interessate. Come si evince dal richiamato allegato, in alcuni casi vi sono state successive ulteriori revoche, poiché alcune regioni non hanno chiesto l'ammissione al finanziamento entro i successivi sei mesi dal decreto di applicazione della prima revoca. In termini di numero delle revoche e di valore complessivo delle stesse assume, anche in questo caso, notevole rilevanza la situazione della Campania, interessata da 75 fattispecie progettuali e da importi complessivi pari a 247 milioni. Seguono, sotto il profilo numerico e sotto quello inerente al valore, le Regioni Lazio, Piemonte e Marche.

La perdita di efficacia degli accordi di programma per la parte relativa agli interventi la cui richiesta di ammissione al finanziamento non è stata presentata in tempo, e cioè **entro i 18 mesi** dalla sottoscrizione degli accordi medesimi, è stato il comune motivo di revoca delle risorse per tutti gli interventi interessati da questo primo provvedimento.

La quota dei finanziamenti revocati per la quale non è applicabile l'art. 1, comma 312, della legge n. 266/2005, è pari a 857,77 milioni di euro⁴⁶, equivalente al 65% dei finanziamenti soggetti a revoca ammontanti a 1.319,64 milioni⁴⁷, mentre la quota per la quale le regioni interessate possono fare richiesta di rifinanziamento ammonta a 461,87 milioni di euro⁴⁸ pari al 35% dei finanziamenti soggetti a revoca.

Gli interventi revocati, complessivamente 388, riguardano risorse pari a 1.319,64 milioni di euro: essi peraltro risultavano proposti negli accordi di programma stipulati nell'arco temporale che va dal 2000 al 2004⁴⁹.

La data presa a riferimento, dal momento che gli accordi di programma sono per la maggior parte a sviluppo pluriennale, è stata quella dell'annualità prevista e indicata nelle schede degli interventi allegate ai relativi accordi di programma.

La Regione Campania è al primo posto per numero di interventi revocati: 176⁵⁰, per un importo complessivo di 705,80 milioni di euro; segue la regione Veneto con 59 interventi revocati, per complessivi 80,80 milioni di euro, tra i quali è rilevante quello per la costruzione di una nuova struttura di radiologia e psichiatria; la regione Marche è caratterizzata da 45 interventi revocati, per un totale di 84,94 milioni di euro, tra i quali

⁴⁶ Cfr. allegato E1, totale colonna d.

⁴⁷ Cfr. Allegato E1, totale colonna b.

⁴⁸ Cfr. Allegato E1, totale colonna g.

⁴⁹ Le date dei rispettivi accordi regionali sono indicate nell'allegato E1.

⁵⁰ Le 176 revoche sono relative a lavori di ristrutturazione e di ampliamento di presidi ospedalieri e distretti (circa 60 interventi); a lavori per nuove costruzioni di distretti sanitari (circa 80 interventi); lavori per la costruzione di un nuovo ospedale nella USL 1 di Caserta; i restanti interventi comprendono acquisti per attrezzature e lavori nella rete fognaria interna dell'ospedale Monaldi di Napoli.

risalta quello relativo a lavori non specificati presso l'ospedale di Osimo; la Regione Lazio presenta 39 revoche, per un importo complessivo di 188,58 milioni di euro, relative principalmente alla costruzione del nuovo ospedale dei Castelli, al completamento del CTO Trauma center dell'ospedale S. Eugenio di Roma, nonché alla costruzione dell'ospedale De Lellis di Rieti. La Regione Piemonte ha 36 interventi revocati, per un importo complessivo di 134,14 milioni di euro, relativi a ristrutturazioni di laboratori di analisi e di sale operatorie presso diversi presidi ospedalieri, adeguamento di questi ultimi alle norme di sicurezza, nonché acquisto di attrezzature sanitarie; la Regione Puglia ne presenta 12, per il complessivo importo di 22,94 milioni di euro, relativi, per la maggior parte, all'acquisto di attrezzature, lavori di ristrutturazione e messa a norma di presidi ospedalieri in vari comuni della Regione; la Regione Basilicata è caratterizzata da 10 revoche, per un totale di 11,43 milioni di euro, riguardanti lavori di ristrutturazione presso il Presidio ospedaliero di Venosa, nonché di adeguamento dei relativi impianti alle norme sismiche e di sicurezza; la Regione Sicilia da 8, per un totale di 41,79 milioni di euro, relative principalmente a lavori di ristrutturazione dell'ospedale di Canicattì, dell'ospedale "Dei Bianchi" di Corleone e di quello "Piemonte" di Messina. Friuli Venezia Giulia, Liguria e Sardegna presentano una sola revoca.

Come già evidenziato, la possibilità di "recuperare" il 35% delle risorse revocate è prevista solo in fase di prima attuazione; il comma 312, precedentemente citato, esplicita che, entro il termine perentorio del 30 giugno 2006, la regione o la provincia autonoma interessata alla risoluzione degli accordi, doveva presentare apposita richiesta di limitazione della risoluzione dell'Accordo di Programma al 65% delle risorse revocate.

Nel 2006 è stata quindi intrapresa l'emanazione dei relativi decreti di riassegnazione⁵¹ per il 35% delle risorse recuperate a seguito delle revoche. Tali somme sono state assegnate alle dieci regioni che hanno presentato richiesta entro il termine previsto (Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia).

Nel corso del 2007 i decreti di riassegnazione emanati hanno interessato le sole regioni Campania e Sicilia⁵² ed hanno comportato l'attribuzione, rispettivamente, di 247,03 milioni di euro e 14,60 milioni.

b) II provvedimento - decreto del Ministero della salute del 12 aprile 2007

⁵¹ **Lazio**: Decreto interministeriale del 4 ottobre 2006, G.U. n. 42 del 20/02/2007; **Liguria**: Decreto interministeriale del 12 ottobre 2006, G.U. n. 37 del 14/02/2007; **Marche**: decreto interministeriale del 12 ottobre 2006, G.U. n. 41 del 19/02/2007; **Piemonte**: Decreto interministeriale del 12 ottobre 2006, G.U. n. 40 del 17/02/2007; **Veneto**: decreto interministeriale 17 ottobre 2006, G.U. n. 38 del 15/02/2007; **Basilicata**: Decreto interministeriale 17 ottobre 2006, G.U. n. 39 del 16/02/2007; **Puglia**: Decreto interministeriale del 15 dicembre 2006, G.U.n. 62 del 15 marzo 2007; **Friuli Venezia Giulia**: Decreto interministeriale del 15 dicembre 2006, G.U.n. 62 del 15 marzo 2007.

⁵² **Campania**: Decreto interministeriale del 10 aprile 2007, G.U. n. 164 del 17/07/2007; **Sicilia**: Decreto interministeriale del 10 aprile 2007, G.U. n. 164 del 17/07/2007.

L'allegato E2 illustra gli effetti del provvedimento di revoca del 12 aprile 2007, ed in particolare la sorte degli interventi assoggettati a tale istituto per il mancato rispetto del termine di 18 mesi dalla sottoscrizione di successivi accordi di programma in relazione alla mancata presentazione della richiesta di ammissione al finanziamento. Nel caso della Regione Lazio va sottolineata la contraddittoria vicenda di un progetto per complessivi € 805.000, prima ammesso a finanziamento e poi abbandonato per sopravvenuta carenza dell'interesse a realizzarlo: l'intera vicenda si snoda in un periodo inferiore ai due anni. Peraltro anche altre situazioni regionali appaiono interessate da una evidente carenza di motivazione, circa le reali ragioni alla base dell'abbandono dell'originario progetto. In questa fase, in termini numerici e di valore, le situazioni maggiormente critiche sono apparse quelle del Veneto

Il decreto in esame ha riguardato risorse relative agli interventi previsti negli Accordi di Programma i cui termini di richiesta risultavano scaduti ai sensi dell'art. 1, comma 310, della legge n. 266/2005.

Complessivamente sono stati revocati 20 interventi, per un totale di 67,82 milioni di euro⁵³, alle regioni Valle d'Aosta, Veneto, Abruzzo, Lazio e Sicilia. Il maggior numero di interventi revocati (13 per un totale di 18,99 milioni di euro) sono relativi ad interventi concordati con la Regione Veneto nel 2004: si tratta di ristrutturazioni riguardanti diverse aziende sanitarie.

c) III provvedimento - decreto del Ministero della salute del 2 agosto 2007

L'allegato E3 riguarda gli effetti del decreto del Ministro della salute del 2 agosto del 2007.

I 34 interventi soggetti a revoca riguardano tutti la stessa tipologia patologica: gli enti attuatori non hanno proceduto alla aggiudicazione dei lavori entro 9 mesi dalla data in cui la rispettiva Regione, o Provincia autonoma, ha avuto la comunicazione dal Ministero della Salute dell'ammissione a finanziamento.

Le revoche in questione hanno riguardato complessivi 55,85 milioni di euro⁵⁴, a valere sugli accordi di programma delle Regioni Veneto, Liguria, Marche, Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna.

Dei 34 interventi, ben 14 si riferiscono all'ultima Regione innanzi citata, per un totale di 32,69 milioni di euro.

d) IV provvedimento - decreto del Ministero della salute del 29 aprile 2008

⁵³ Cfr. allegato E2, totale colonna c.

⁵⁴ Cfr. Allegato E3, totale colonna c.

L'allegato E4 illustra i contenuti del decreto del Ministro della salute del 29 aprile 2008, il quale inerisce a tre tipologie di inadempimento: a) superamento del termine di nove mesi intercorrente tra la comunicazione dell'ammissione al finanziamento degli enti attuatori e la aggiudicazione dei lavori; b) superamento dei 24 mesi dalla sottoscrizione degli accordi; c) superamento dei 6 mesi dall'entrata in vigore del decreto ministeriale di limitazione della risoluzione degli accordi di programma.

La revoca dei finanziamenti riguarda 9 interventi per un importo complessivo di 65,07 milioni di euro⁵⁵.

Di questi, 6 si riferiscono agli interventi revocati per i motivi già individuati nel precedente provvedimento: gli enti attuatori non hanno proceduto all'aggiudicazione dei lavori entro 9 mesi dalla data di comunicazione alla competente Regione della ammissione al finanziamento (tra questi, due interventi della Regione Liguria inerenti alla costruzione del nuovo ospedale di La Spezia e all'acquisto dei relativi arredi e attrezzature).

Tre interventi, riguardanti la Regione Sardegna, sono stati revocati perché le richieste di ammissione a finanziamento, pur se presentate entro i termini previsti dall'art. 1, comma 312 della legge n. 266/2005, sono state valutate non ammissibili. Si tratta di lavori, per complessivi 6,38 milioni di euro, relativi alla realizzazione di nuove strutture nei territori di Sanluri e di Sassari.

E' stato, altresì, revocato, ai sensi dell'art. 1 comma 312 della Legge 266/2005 - alle Regioni Campania, Liguria e Sicilia - l'importo complessivo di 4,40 milioni di euro⁵⁶. Si tratta di interventi autorizzati, per i quali dette Regioni non hanno chiesto il finanziamento entro i 6 mesi dall'entrata in vigore del decreto interministeriale di limitazione della risoluzione degli accordi di programma, di cui al dm 12/05/2006⁵⁷.

e) V provvedimento - decreto del Ministero della salute del 1 giugno 2009

L'allegato E5 illustra gli analoghi effetti del decreto del Ministro della salute del 1 giugno 2009.

La revoca dei finanziamenti riguarda 8 interventi per un importo complessivo di 105,73 milioni di euro⁵⁸, così suddivisi:

- per 6 interventi della Regione Siciliana le richieste di ammissione a finanziamento, pur se presentate entro i termini previsti dall'art. 1, comma 312, della legge n. 266/2005, sono state valutate non ammissibili. Si tratta di lavori, per

⁵⁵ Cfr. Allegato E4, somma dei totali delle colonne b ed e.

⁵⁶ Cfr. Allegato E4, colonna i.

⁵⁷ I decreti interministeriali di limitazione della risoluzione degli accordi di programma, di cui al dm 12/05/2006, al 65% delle risorse revocate (ai sensi dell'art. 1 comma 312 legge 266/2005) sono: **Campania**: decreto interministeriale 10 aprile 2007, gazzetta ufficiale n. 164 del 17 luglio 2007 - **Liguria**: decreto interministeriale 12 ottobre 2006, gazzetta ufficiale n. 37 del 14 febbraio 2007 - **Sicilia**: decreto interministeriale 10 aprile 2007, gazzetta ufficiale n. 164 del 17 luglio 2007.

⁵⁸ Cfr. allegato E5, somma dei totali colonne b ed e.

complessivi 103,82 milioni di euro⁵⁹, presso aziende ospedaliere di Palermo, Siracusa e Caltanissetta;

- per 2 interventi della Campania e del Piemonte sono state revocate risorse, per complessivi 1,91 milioni di euro⁶⁰, a seguito della mancata aggiudicazione dei lavori entro nove mesi dalla comunicazione alla rispettiva Regione.

Con lo stesso provvedimento, ai sensi dell'art. 1, comma 312, della Legge 266/2005, è stato revocato alla Regione Campania l'importo complessivo di 3,83 milioni di euro⁶¹; si tratta di interventi autorizzati per i quali la Regione non ha chiesto il finanziamento, entro i 6 mesi dall'entrata in vigore del decreto interministeriale di limitazione della risoluzione degli accordi di programma⁶².

f) VI provvedimento - decreto del Ministero della salute dell'8 luglio 2010

L'allegato E6, infine, illustra il decreto del Ministro della salute dell'8 luglio 2010.

I 56 interventi soggetti a revoca per un importo complessivo di 155,57 milioni di euro⁶³ riguardano le tre tipologie di fattispecie, evidenziate nei precedenti provvedimenti:

1) richiesta di ammissione al finanziamento non presentata entro i 18 mesi dalla sottoscrizione degli accordi di programma. Si tratta di due interventi, per complessivi 1,85 milioni di euro⁶⁴: realizzazione di una "nuova sede per la libera professione presso il Presidio Ospedaliero Niguarda di Milano per l'importo di 1,35 milioni di euro; costruzione di un "laboratorio di analisi presso il Presidio Ospedaliero S. Anna" di Torino per l'importo di 0,51 milioni di euro;

2) richieste di ammissione a finanziamento, presentate entro i termini previsti dall'art. 1, comma 312, della legge n. 266/2005, ma dichiarate inammissibili. Gli interventi revocati, complessivamente 53, riguardano risorse pari a 150,77 milioni di euro⁶⁵; di essi 52 riguardano la Regione Campania: costruzioni e ristrutturazioni di reparti in poli ospedalieri, con acquisto di relative attrezzature, distribuiti su tutto il territorio regionale. Il rimanente intervento, per l'importo di 7,36 milioni di euro, è riferito alla realizzazione di "opere propedeutiche all'attuazione del progetto Città della Salute di Novara" in Piemonte;

3) mancata aggiudicazione dei lavori entro 9 mesi dalla comunicazione di ammissione a finanziamento: così per la Regione Sicilia (2,94 milioni di euro⁶⁶) in relazione a lavori di ristrutturazione ed adeguamento del Poliambulatorio e degli uffici di Via G. Cusmano a Palermo.

⁵⁹ Cfr. allegato E5 totale colonna b.

⁶⁰ Cfr. allegato E5 Totale colonna e.

⁶¹ Cfr. allegato E5 totale colonna i.

⁶² Cfr. il decreto interministeriale di limitazione della risoluzione degli accordi di programma, di cui al dm 12/05/2006, (ai sensi dell'art. 1, comma 312, legge 266/2005) relativo alla **Campania** del 10 aprile 2007, pubblicato nella gazzetta ufficiale n. 164 del 17 luglio 2007.

⁶³ Cfr. totale allegato E6.

⁶⁴ Cfr. allegato E6, totale colonna b.

⁶⁵ Cfr. allegato E6, totale colonna e.

⁶⁶ Cfr. allegato E6, totale colonna h.

5. Analisi finanziaria delle poste di allocazione delle risorse

Come già precisato, oggetto della presente indagine sono le modalità di utilizzazione delle risorse stanziato per la concessione di contributi in conto capitale. Esulano, invece, dall'indagine gli interventi della prima fase, prevalentemente strutturati attraverso l'assunzione, da parte dello Stato, del rimborso di prestiti destinati all'edilizia sanitaria.

Della prima fase del programma rimane traccia, sotto il profilo economico-finanziario, solo nella gestione dei mutui a suo tempo assunti con la Cassa Depositi e Prestiti. Le rate di ammortamento vengono pagate, per la quota interessi, sul capitolo **2302** del titolo primo del bilancio del Ministero dell'economia e delle finanze; le quote di rimborso capitale sono, invece, erogate sul capitolo **9552** del titolo terzo del bilancio del Ministero stesso.

Come si evince dal prospetto Y, le somme complessivamente stanziato si vanno gradualmente riducendo, secondo il fisiologico trend scalare degli interessi, mentre in modo correlato cresce la quota capitale dei rimborsi.

Dal richiamato prospetto si ricava una tendenza dell'Amministrazione statale a sovradimensionare gli stanziamenti, in relazione ai debiti effettivamente scadenti negli esercizi di riferimento. Ciò implica un giudizio critico sull'attività degli uffici dedicati a quantificare gli stanziamenti, giudizio critico da mitigare in proporzione ai miglioramenti che si sono riscontrati nel tasso di imprecisione nel corso dell'ultimo triennio preso a riferimento. L'imprecisione, infatti, tende gradualmente a diminuire nell'arco temporale 2008-2010: la percentuale di scostamento previsionale degli interessi scende rispettivamente dal 10,65 nel 2008, al 2,88 nel 2009, all'1,36 nel 2010. Anche quella del capitale si riduce passando dal 33,58 nel 2008 al 2,14 nel 2009 per risalire, di poco, nel 2010 al 2,41.

Occorre, peraltro, precisare che per effetto del d.l. n. 269/03, convertito con modificazioni nella legge n. 326/2003, la Cassa depositi e prestiti è stata trasformata in società per azioni: con il relativo decreto attuativo del Ministero dell'economia e delle finanze in data 5 dicembre 2003, una parte dei crediti afferenti alle rate di ammortamento dei mutui concessi dalla Cassa depositi e prestiti è stata devoluta al Ministero dell'economia e delle finanze.

In tal modo il correlato debito dello Stato nei confronti di Cassa Depositi e Prestiti si è estinto, in ossequio all'art.1253 del Codice civile⁶⁷.

⁶⁷ Art. 1253 C.c.: *"Effetti della confusione. Quando le qualità di creditore e di debitore si riuniscono nella stessa persona, l'obbligazione si estingue, e i terzi che hanno prestato garanzia per il debitore sono liberati."*

L'operazione ha riguardato anche alcuni mutui mallevati dallo Stato a favore degli enti realizzatori degli interventi di edilizia sanitaria della prima fase, di modo che le cifre attualmente stanziare non corrispondono per difetto all'originario debito complessivo per l'ammortamento⁶⁸.

La gestione finanziaria delle risorse destinata ai nuovi interventi oggetto della presente indagine è invece contenuta nel capitolo 7464, parte competenza e residui, del Ministero dell'economia e delle finanze. Essa è sinteticamente rappresentata nell'allegato X, il quale riassume gli stanziamenti e le transazioni finanziarie del periodo 2002-2010.

Il prospetto evidenzia rilevanti anomalie della gestione economico-finanziaria nel suo complesso.

Per quel che riguarda la tempestività degli interventi, valga per tutti il confronto tra le colonne 2 e 4, previsioni definitive di competenza e residui annualmente stanziati, e tra le colonne 7 ed 8, pagamenti in conto competenza e pagamenti in conto residui. Negli stanziamenti iniziali, per i nove anni presi a riferimento, i residui passivi presentano un valore superiore di oltre il triplo rispetto alla competenza, sintomo inequivocabile di una grave lentezza nella utilizzazione delle risorse.

Il confronto dei pagamenti risulta ancora più significativo: a fronte di complessivi pagamenti per **6,52 miliardi di euro** in conto residui, in conto competenza sono stati pagati appena **20 milioni di euro** e, per di più, riferiti al solo esercizio 2003.

Il Ministero dell'economia e delle finanze eccepisce la ineluttabilità di tale fenomeno alla luce del quadro normativo e procedimentale vigente. Sul punto si rinvia più diffusamente a successivo paragrafo.

Anche sotto il profilo della linearità temporale dei dati contabili, quelli finanziari dimostrano andamenti ondivaghi e poco compatibili con una programmazione razionale e graduale. Rispetto alla media di stanziamento annuo pari ad **867 milioni di euro**, i singoli stanziamenti annuali si articolano in percentuali molto differenziate che vanno dallo 0,32 (esercizio 2006) al 2,45 (esercizio 2010). Nel periodo 2002-2006 la tendenza è in continuo saliscendi; solo nel periodo 2007-2010 i dati si assestano in una crescita, peraltro non graduale, che passa dallo 0,9 del 2007 e del 2008 al 2,45 del 2010. Salvo che per il 2009 e per il 2010, tutti gli altri stanziamenti si posizionano sotto la media.

La tendenza incrementale degli stanziamenti non presenta alcun collegamento con i risultati conseguiti. Delle complessive risorse stanziare in competenza, pari a **7,8 miliardi di euro**, soltanto **20 milioni** sono stati somministrati nell'esercizio di competenza, nel lontano 2003. L'analisi finanziaria degli stanziamenti storici della competenza rimane

⁶⁸ Cfr. sul punto Corte dei conti – Sezione centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni dello Stato n. 12/2007/G, nel corso della quale viene criticata la scarsa trasparenza dell'operazione, la quale non evidenzia né gli importi complessivi dei prestiti interessati, né le pertinenti destinazioni degli stessi.

pertanto puramente statistica, non esprimendo alcun fenomeno reale in termini di andamenti gestionali.

Per quel che riguarda gli stanziamenti dei residui, si assiste ad un andamento medio di tipo quasi opposto a quello della competenza. Una percentuale più alta rispetto alla media viene toccata nell'esercizio 2006: 1,27, mentre la più bassa riguarda l'esercizio 2009, 0,59. Anche nel caso dei residui, tuttavia, i dati finanziari non sono in grado di esprimere completamente l'andamento gestionale in termini di accantonamento e di utilizzazione delle risorse: tra l'altro, anche la perenzione amministrativa ha operato nell'arco novennale preso a riferimento, di modo che alcune esposizioni debitorie dello Stato nei confronti degli enti territoriali beneficiari non possono essere inserite nel prospetto contabile.

Come più analiticamente riferito in successivo paragrafo, sono stati accertati per il triennio 2002-2004 debiti non reiscritti in bilancio pari, complessivamente, a **1,09 miliardi di euro**.

Del preoccupante andamento della gestione competenza si è già detto: l'ipertrofica tempistica degli attuali procedimenti di assegnazione è scolpita nella percentuale di pagamenti in competenza che per 8/9 della annualità corrisponde allo 0%.

Per quel che riguarda i pagamenti in conto residui, le percentuali appaiono alquanto ondivaghe, anche se nel triennio 2008-2010 si raggiungono i livelli più elevati, rispettivamente il 48,34%, il 49,91%, il 44,18% rispetto alle somme inizialmente conservate in bilancio. L'andamento ondivago è confermato dal raffronto delle colonne 9 e 10, la prima illustrante il rapporto tra pagamenti e stanziamenti, la seconda il rapporto tra pagamenti annuali e media dei pagamenti annuali.

In realtà, anche l'incremento dell'ultimo triennio non denota, di per sé, un miglioramento degli indirizzi gestionali: l'aumento, infatti, deriva dal progressivo accumulo di risorse dovute alla lentezza dei programmi, per cui l'elevato numero delle transazioni finanziarie è mera espressione dell'incremento del pregresso, piuttosto che indice di miglioramento nella gestione dei fondi a disposizione.

L'analisi è confermata dalla lettura storica dei dati inerenti alla colonna 4, laddove si ricava che, dopo una significativa discesa delle somme conservate a residui tra gli esercizi 2007 e 2008, da 3,09 miliardi a 1,73 miliardi, lo stanziamento è ripreso a salire a far data dall'esercizio 2010, mentre le transazioni finanziarie nell'ultimo triennio risultano sostanzialmente uniformi.

Occorre comunque segnalare che, dietro la movimentazione finanziaria sinteticamente illustrata nell'allegato X, si celano molte variabili di impatto dei procedimenti amministrativi adottati, le quali tendono a condizionare ed a rallentare il flusso delle risorse.

Per le concause delle disfunzioni si rinvia ai successivi paragrafi.

Occorre precisare che in sede di contraddittorio il Ministero dell'economia e delle finanze ha presentato un prospetto⁶⁹ relativo alla utilizzazione delle risorse per l'edilizia sanitaria articolato nel modo seguente:

Tabella 1: Edilizia sanitaria		
(importi in mln di euro)		
FASE PROGRAMMATORIA		
Importo programmatico del programma di investimento per l'edilizia sanitaria	(a)	24.000
- prima fase (esaurita)	(a.1)	4.855
-seconda fase (in corso di attuazione) (comprende gli importi complessivamente assegnati alle regioni e agli altri enti)	(a.2)	19.145
FASE DEL FINANZIAMENTO: STANZIAMENTI di bilancio dello Stato (solo seconda fase)		
importo aggiornato alla legge 191/2010 comprensivo degli stanziamenti previsti per il triennio 2011-2013. come rideterminati a seguito dei tagli intervenuti ex DL 78/2010	(b)	12.100
FASE DELLA SOTTOSCRIZIONE DI ACCORDI DI PROGRAMMA		
TOTALE : importi comprensivi della sottoscrizione degli accordi di programma con le regioni, degli imponi assegnati per edilizia legale all'attività libero-professionale e alla radioterapia, dagli importi assegnati agli altri enti che accedono al finanziamento, etc	(c)	12.012
totale stanziamenti da iscrivere in bilancio per il completamento della programmazione	(a.2-b)	7.045
importo residuo disponibile per la sottoscrizione di nuovi accordi di programma, a valere sugli stanziamenti iscritti a legislazione vigente	(b-c)	88
% di stanziamento rispetto alla programmazione	b/(a.2)	63.2%
% di utilizzo rispetto agli stanziamenti di bianco	c/b	99.3%

A tal fine occorre premettere che i dati in esso riportati sono svincolati dalle risultanze contabili del bilancio, sulle quali si basa, invece, la presente relazione. Esse si ispirano ad una metodologia, per così dire empirica, che accomuna dati finanziari ricavabili dal tessuto normativo e stanziamenti del bilancio pluriennale 2011-2013, i quali per loro intrinseca connotazione temporale non possono essere oggetto di controllo sulla gestione essendo avulsi dalla dinamica storica della partita di bilancio ove sono state e sono allocate le risorse oggetto della presente indagine.

Più analiticamente, per quel che riguarda la prima fase, i dati esposti dal Ministero corrispondono a quelli (4,85 miliardi) stimati in ambito CIPE, come risulta dalla istruttoria precedentemente descritta.

Per quel che riguarda le somme della seconda fase in corso di attuazione, risulta una lieve discrepanza dovuta alla classificazione di alcuni interventi, accessori a quelli

⁶⁹ Cfr. nota del Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato – Ispettorato generale per la spesa sociale prot. N. 57551 del 2/05/2011.

infrastrutturali ma ugualmente ricompresi nella legge n. 67/88 (intra moenia, radioterapia, interventi straordinari di sicurezza), per i quali lo stesso sito del Ministero della salute, illustrativo del programma nel suo complesso, denota criteri di classificazione ondivaghi che hanno indotto questa Corte, nella specificazione della somma di 16,84 miliardi di euro, ad individuare un parametro convenzionale analitico, invece non reperibile a corredo del dato esposto dal Ministero dell'economia e delle finanze.

Il prospetto del Ministero include poi gli stanziamenti previsti per il triennio 2011-2013, già oggetto di più rideterminazioni, le quali non sono pertinenti ai fini della presente indagine che riguarda la utilizzazione delle risorse.

Per quel che concerne la sottoscrizione degli accordi di programma non viene indicata la fonte dell'analitico del dato esposto, mentre quello della Corte è corredato dalla elaborazione di tutti gli accordi di programma riportati sul richiamato sito ([\investimenti sanità\](http://www.salute.gov.it)).

La percentuale di utilizzazione rispetto agli stanziamenti di bilancio esposta dal Ministero non appare corredata da alcun riscontro metodologico mentre la presente relazione, sulla base di dati contabili oggettivamente prelevati ed elaborati negli appositi allegati, distingue in modo incontrovertibile stanziamenti di legge, stanziamenti di bilancio, accordi di programma, revoche e proroghe, residui relativi all'ultimo novennio ed erogazioni finanziarie. Detti dati sono elaborati e ripartiti su base territoriale e tipologica tra i soggetti attuatori.

Si può quindi concludere che ai fini della presente indagine la tabella presentata non introduce notizie idonee ad integrare o contraddire la base probatoria sulla quale si fondano le valutazioni compiute.

6. Problematiche inerenti alle transazioni finanziarie tra Stato e regioni nell'ultimo triennio

L'allegato A illustra i pagamenti afferenti alla seconda fase del programma, complessivamente pari a **7,04 miliardi** di euro⁷⁰: 500 milioni di euro pertengono al periodo 1998/2001, mentre 6,54 miliardi di euro al novennio 2002-2010, del quale il sistema informativo contabile consente di analizzare il dettaglio (elaborato negli allegati serie L).

⁷⁰ Elaborazione della Corte sui dati coordinati del sistema RGS Corte dei conti e della nota istruttoria del Ministero dell'economia e delle finanze prot. n. 90807 del 27/10/2010.

Gli allegati L, L1, L2, L3 e L4 illustrano l'andamento e le proporzioni dei pagamenti alle regioni e agli altri enti beneficiari dei fondi per l'edilizia sanitaria. I primi quattro fotografano la tendenza dei pagamenti sul cap. 7464: L riguarda il rapporto temporale tra stanziamenti e pagamenti inerenti al quinquennio 2005-2009; L1, L2, L3 pertengono ai pagamenti avvenuti rispettivamente negli esercizi 2008, 2009, 2010. L'allegato L4 definisce, invece, le erogazioni dell'ultimo triennio con riguardo ai beneficiari, al rapporto delle provvidenze di loro pertinenza rispetto al totale delle risorse pagate, nonché al rapporto delle erogazioni rispetto al valore degli accordi di programma sottoscritti.

L'allegato L si ferma all'ultimo esercizio relativamente al quale si è verificata l'utilizzazione di somme (2009); i ritardi, infatti, comportano la immobilizzazione delle risorse stanziata in conto esercizio 2010. Peraltro, ad oggi, anche le risorse del 2009 risultano utilizzate per appena il 4,21%.

Dagli elaborati emergono valori sostanzialmente uniformi delle erogazioni: 835,77 milioni di euro per il 2008; 837,21 milioni per il 2009; 889,48 milioni per il 2010.

Analizzando l'esercizio di competenza di riferimento dei pagamenti, si osserva - come in precedenza già sottolineato - che nessuno di essi riguarda stanziamenti dell'esercizio in corso. Ogni stanziamento annuale transita automaticamente all'esercizio successivo, nella parte residui.

Nel **2008**, pagamenti per 661,12 milioni di euro risultano provenienti dal lontano esercizio 2005 e 174,65 milioni dall'esercizio 2006. Per quel che riguarda i residui 2005, si tratta del 100% delle risorse stanziata in quella annualità (praticamente un ritardo sul programma annuale di interventi pari a tre anni); per i residui 2006 la somma liquidata è pari al 61,50% delle risorse stanziata in detta annualità.

Nell'esercizio **2009**, pagamenti per 109,35 milioni di euro risultano provenienti dall'esercizio 2006 e 727,86 milioni dall'esercizio 2007. Per quel che riguarda i residui 2006, si tratta del rimanente 38,50% delle risorse attivate con ritardo biennale nell'anno precedente; per il 2007 la somma liquidata è pari al 92,84% delle risorse stanziata in detta annualità.

Nell'esercizio **2010**, pagamenti per 56,14 milioni di euro risultano provenienti dall'esercizio 2007; 784 milioni dall'esercizio 2008; 49,34 milioni dall'esercizio 2009. Per quel che riguarda il 2007, si tratta del residuo 7,16% delle risorse attivate con ritardo biennale nell'anno precedente; per il 2008 la somma liquidata è pari al 100% delle risorse stanziata in detta annualità; per il 2009 al 4,21% dello stanziamento di detto esercizio.

Alla sostanziale stabilità delle erogazioni, come si vede, non fa riscontro altrettanta regolarità nella quota di approvvigionamento dai singoli esercizi finanziari precedenti: in apparenza il diverso riparto percentuale sembrerebbe denotare una tendenza ad accelerare i programmi in corso di attuazione. In realtà, un simile trend dovrebbe essere

supportato dallo speculare collegamento con gli accordi di programma e con i vari contenuti degli stessi. Questo collegamento non sembra sussistere, né dal confronto con l'andamento storico degli accordi e delle revoche, né soprattutto dalle modalità di utilizzazione dei residui passivi.

La prassi denota, invece, l'esigenza di smaltire gli stanziamenti dei vecchi esercizi, al fine di prevenire la perenzione che ha già caratterizzato le annualità precedenti: conseguentemente può concludersi che i residui in questione sono impropri, in quanto non rapportati a singoli crediti dei soggetti attuatori bensì alla massa complessiva di risorse trasportate da un esercizio all'altro, per evitare il decorso della perenzione. Lo strano assestamento della gestione del bilancio, finalizzato ad evitare i negativi effetti di un istituto contabile, più volte criticato da questa Corte nella sua attuale configurazione normativa, mette in luce anche l'insufficienza dei monitoraggi statali predisposti nel rappresentare lo stato dei crediti maturati nei diversi ambiti regionali e degli andamenti gestionali sovvenzionati attraverso la finanza statale.

Il Ministero dell'economia e delle finanze contesta le critiche formulate in ordine alla gestione dei residui: l'Amministrazione sostiene infatti di assumere regolarmente e puntualmente formali impegni al termine dell'esercizio, evitando in tal modo che i fondi possano confluire nelle economie di spesa. Sottolinea, altresì, che negli ultimi anni i pagamenti avvengono in modo tale da evitare fenomeni di perenzione, accaduti invece in esercizi più risalenti.

In realtà le deduzioni del Ministero muovono da una malintesa comprensione dei profili critici evidenziati da questa Corte: non è infatti la salvaguardia degli stanziamenti il bersaglio delle censure mosse in questa sede, bensì dei meccanismi gestionali e contabili che costringono il Ministero a conservare come residui somme risultanti da meri avanzi di stanziamento piuttosto che da pertinenti situazioni debitorie.

E' evidente che, senza una forzata flessibilizzazione della gestione contabile, le modalità gestionali in essere condurrebbero ad esiti ancor peggiori: è però di tutta evidenza che le risorse conservate in bilancio non trovano analitica corrispondenza con i singoli accordi e – soprattutto – con i singoli progetti che li compongono. Analogamente è assente qualsiasi corrispondenza tra le poste contabili e la scadenza delle relative transazioni finanziarie.

Sotto il profilo dei principi di programmazione, della certezza dei rapporti giuridici e finanziari, questa situazione appare certamente deficitaria: in tal modo, la contabilità perde l'attitudine a rappresentare in modo corretto i fenomeni gestori a monte delle erogazioni. In questo oscuramento preoccupante dei fenomeni gestionali rischiano di essere travolte anche informazioni di notevole importanza per quel che riguarda le modalità con le quali vengono perseguiti gli obiettivi di legge.

A tal proposito, solo dalla lettura degli elaborati allegati, ed in particolare dell'allegato L4, si percepiscono le modalità di riparto delle erogazioni rispetto ai diversi ambiti regionali e gli altri enti beneficiari: in particolare la Regione Lombardia risulta essere l'unica a superare stabilmente i 100 milioni annui di erogazioni, attestandosi su una percentuale globale del **23,57%** sul totale nazionale.

Anche i dati della Regione Veneto appaiono, in rapporto alla configurazione demografica della stessa, fortemente dimensionati rispetto a quelli di regioni sostanzialmente omologhe (erogazioni totali nel triennio pari a 246,92 milioni di euro per una percentuale del **9,64**).

Trattandosi nella fattispecie di spese per investimenti, sostanzialmente finalizzate a sviluppare i collegati servizi sanitari, le erogazioni in conto capitale dello Stato sembrano ulteriormente spostare margini di ricchezza verso le regioni ove la sanità è più sviluppata, mentre le più povere e le più disestrate, almeno sotto questo profilo, faticano nel ricavare benefici dal programma statale.

È ben vero che alcune delle regioni penalizzate dalle erogazioni presentano rilevanti disfunzioni in termini di efficienza e capacità realizzativa; tuttavia proprio le esigenze costituzionalmente garantite di perequare le situazioni più deboli, di assicurare livelli assistenziali minimi (i quali inevitabilmente dipendono anche dalla qualità e quantità degli investimenti), di realizzare la perequazione infrastrutturale lasciano perplessi circa le modalità e l'entità dei flussi finanziari che dalla cassa statale transitano verso le regioni.

Peraltro, molte delle regioni meno munite, sotto il profilo della qualità della gestione sanitaria, appaiono interessate alle percentuali più povere, sia con riguardo al totale dei pagamenti ricevuti, sia in rapporto agli accordi di programma sottoscritti.

Probabilmente l'attività sostitutiva dello Stato nei confronti delle regioni poco efficienti dovrebbe concentrarsi su questi aspetti: in tal senso non sembra avere sortito benefico effetto la soluzione dei commissari regionali, limitata alla attuazione dei piani di rientro, con l'unica eccezione della Regione Calabria (ove è stata estesa all'edilizia sanitaria).

Le tematiche in questione meritano tuttavia un approfondimento alla luce delle eccezioni formulate dai Ministeri intervenuti: essi tendono a giustificare il fenomeno in questione come fisiologico, in ragione della diversa efficienza delle regioni interessate alle sperequazioni. In sostanza, la misura delle erogazioni finanziarie sarebbe mera conseguenza della capacità gestionale delle regioni più munite mentre la penalizzazione di quelle meno organizzate sarebbe collegata all'autonomia garantita a questi enti territoriali dalla Costituzione che le rende immuni da interventi diretti dello Stato.

L'opinione non può essere condivisa in questa sede: il controllo sulla gestione esercitato dalla Corte dei conti si estende infatti non solo alle scelte amministrative in

concreto effettuate, ma anche alla valutazione dell'impatto delle norme vigenti e alle modalità con cui vengono interpretate nella prassi attuativa.

Quanto alla pretesa univoca proporzione tra efficienza e quantificazione delle erogazioni, non vi è dubbio che ad essa si aggiunga una ulteriore variabile consistente nei propedeutici accordi di programma, i quali pianificano a monte la distribuzione delle risorse. Inoltre, le regioni caratterizzate dai piani di rientro, subiscono – come dimostrato in precedente paragrafo – un effetto di sensibile rallentamento per via dell'obiettivo pregiudiziale di risanamento dei conti.

E' certamente ragionevole pretendere che nuovi investimenti siano finanziati dopo la messa in sicurezza dei conti, ma gli effetti penalizzanti, anche a livello fiscale, le popolazioni locali interessate alle situazioni di dissesto, non possono implementare geometricamente il già notevole differenziale tra realtà più munite e più povere.

La questione è evidentemente collegata alla vicenda dei piani di rientro, anche se la legislazione e la prassi vigenti sembrano scindere i due fenomeni. I piani di rientro abbracciano inevitabilmente tematiche di razionalizzazione e riqualificazione del patrimonio dedicato alla resa dei servizi sanitari: così per gli investimenti e l'innovazione tecnologica, per la riorganizzazione e l'adeguamento della rete ospedaliera, per la realizzazione di nuovi presidi sinergicamente concepiti.

Prevedere che questi obiettivi infrastrutturali siano postergati in modo così accentuato al risanamento economico dei sistemi regionali interessati provoca un corto circuito dal momento che le scienze aziendali non consentono risanamenti economici svincolati da pertinenti investimenti.

Pertanto, se la gravità delle situazioni emerse ha legittimato la nomina di commissari per i piani di rientro, non sembra congruente che gli obiettivi sottesi a tali nomine siano svincolati da quelli delle realizzazioni infrastrutturali.

Se il risanamento delle aziende e dei sistemi sanitari regionali è un obiettivo prioritario, tale da giustificare anche il commissariamento di autonomie territoriali costituzionalmente garantite, non si vede per quale motivo debbano essere escluse da tale contesto coercitivo realizzazioni infrastrutturali, indispensabili per risollevare le potenzialità dei contesti più precari.

Tornando alla problematica della quantificazione delle erogazioni finanziarie, le illustrate risultanze dovrebbero indurre un ripensamento dei meccanismi procedurali che li influenzano.

Diverso indice viene proposto nell'allegato L4 a proposito del rapporto tra somministrazioni finanziarie e valore degli accordi di programma: pur dipendendo da diverse ed eterogenee variabili, quali il valore complessivo degli accordi, la cronologia

degli stessi, la capacità di progettazione e di avvio degli interventi, la percentuale è comunque indicativa del percorso realizzativo inerente all'esercizio 2010.

Sotto questo profilo la Regione Umbria risulta aver raggiunto la somministrazione più consistente, pari al 45,30% degli accordi sottoscritti. Il dato va interpretato, tenendo conto che la regione Umbria risulta essere tra le più arretrate in relazione alla capacità di sottoscrizione degli accordi, il cui valore complessivo costituisce il denominatore della proporzione. Analogo discorso può essere formulato per l'Abruzzo, ove la percentuale del 34,59% sconta il ridotto valore complessivo degli accordi di programma sottoscritti.

La percentuale della Lombardia (35,48%) appare invece sostanzialmente in linea con la tendenza complessiva inerente alla capacità della Regione di sfruttare stabilmente e gradualmente i benefici della legge di finanziamento statale.

Sarebbe comunque opportuno che nell'ambito del monitoraggio predisposto dal Ministero della salute, siffatte analisi fossero elaborate con stadeazioni annuali puntuali, di modo che il loro assemblaggio complessivo darebbe indicazioni più chiare sulle tendenze evolutive del programma.

Gli altri enti assegnatari dei contributi, al di fuori degli accordi di programma, mantengono dati sostanzialmente coerenti nel rapporto con somministrazioni e contributi, essendo i rispettivi indici pari al 5,38% e al 4,14%⁷¹.

7. Elementi critici della gestione amministrativa e contabile

Si appalesa opportuna un'analisi più approfondita delle disfunzioni emergenti dai fatti precedentemente descritti. Esse riguardano sia il complesso quadro normativo di riferimento, soprattutto in relazione ad una insufficiente analisi di impatto di determinate disposizioni normative su situazioni locali gravemente degradate, sia i procedimenti amministrativi in concreto seguiti, sia le capacità progettuali intese in senso finanziario e in senso tecnico.

Pertanto, dopo le precedenti osservazioni sulla gestione e i profili eziologici delle revoche di cui al par. 4, l'attenzione verrà rivolta alle proroghe, ai tipi di patologie più ricorrenti, ai loro elementi causali e, infine, alle criticità dei meccanismi amministrativi e contabili.

7.1 Analisi delle proroghe⁷²

L'istituto della proroga è stato - come già evidenziato - disciplinato dall'art. 1, comma 310, della legge n. 266/05. Esso è consentito nelle fattispecie in cui l'ente attuatore non procede all'aggiudicazione dei lavori entro nove mesi dalla relativa comunicazione alla Regione.

⁷¹ Cfr. in proposito allegato A3.

⁷² La pertinente documentazione istruttoria è stata ricavata dal file elettronico inviato dal Ministero della salute, con nota prot. n. 39674 del 1/12/2010.

Dalla documentazione istruttoria emerge che le richieste di proroga hanno riguardato 177 interventi nell'arco temporale 2006-2010.

Le risorse interessate alle richieste ammontano complessivamente a **1,23 miliardi di euro**; circa **400 milioni di euro** sono riferiti al periodo 2008-2009.

L'istituto è stato utilizzato da tutte le regioni, salvo la Valle d'Aosta e la Provincia autonoma di Bolzano.

La Regione Puglia ha chiesto dilazioni per 31 interventi, 17 dei quali sono contenuti nell'accordo di programma stipulato in data 26 luglio 2007.

La Regione Lombardia presenta 5 fattispecie.

La Regione Campania presenta richieste per 20 interventi: in valore assoluto la cifra può sembrare fisiologica ma appare bassa in relazione al grande numero di interventi che sono stati assoggettati a revoca.

Nella buona sostanza, sembra che la Regione in parola non abbia neppure tentato un recupero dei tempi perduti nell'istruttoria e presentazione degli atti necessari all'ammissione a finanziamento, restringendo le richieste ad un numero limitato di proroghe.

Il dato sembra convogliare l'attenzione sulla carenza delle progettazioni, elemento propedeutico alla aggiudicazione dei lavori. Questa ultima – come è noto – è il termine di riferimento in relazione al decorso del tempo necessario per accedere all'istanza stessa.

Nella nota istruttoria prot. n. 39674 del 1 dicembre 2010 del Ministero della salute sono riassunte le tipologie di motivazioni addotte con particolare frequenza dalle Amministrazioni istanti.

Esse possono essere sintetizzate nel modo seguente:

- a) complessità e peculiarità della procedura di gara: la gara con offerta economicamente più vantaggiosa comporterebbe un procedimento complesso e suscettibile di contenzioso;
- b) lunghezza del procedimento di reiterazione della gara in caso di procedure deserte;
- c) vizi formali nei bandi;
- d) sovrapposizione di lavori con particolare riferimento alla gestione separata di più lotti e dei relativi contratti. Le forniture articolate per tecnologie sanitarie, diagnostiche ed arredi e attrezzature necessitano di varie procedure di gara distinte e specifiche;
- e) sopravvenuta normativa di settore e antisismica.

Con riguardo alla motivazione sub a), è da sottolineare come il criterio dell'offerta economicamente vantaggiosa, peraltro non indefettibile, dal momento che ove l'amministrazione disponga di progettazione esecutiva può procedere direttamente con il

criterio del prezzo più basso, è comunque una procedura da anni utilizzata dalle Amministrazioni pubbliche. Essa presume, ovviamente, la capacità di arrivare ad uno stadio preliminare o definitivo della progettazione, sufficientemente delineato per supportare un fisiologico esito della gara.

Infatti, gli elementi di valutazione devono essere parametrati al progetto ed individuare con certezza gli elaborati da produrre in gara, sui quali si svolgerà l'effettivo concorso.

Per questo motivo si ritiene che la difficoltà nell'utilizzare questo schema dipenda proprio dalle carenze di progettazione la cui esistenza viene peraltro confermata da alcuni dati delle Regioni, come la Campania, le quali hanno richiesto un numero di proroghe molto basso rispetto alle revoche poi intervenute.

Con riguardo al profilo sub b), appare, in effetti, abbastanza paradossale la diserzione di alcune procedure di gara in un periodo caratterizzato da grave penuria di commesse pubbliche. Il dato potrebbe essere sintomatico di una progettazione insufficiente o di situazioni ambientali particolari, se non addirittura di una scarsa cura delle procedure di pubblicità e prequalifica.

La questione sub c), vizi formali del bando, appare maggiormente plausibile in relazione al continuo mutare della legislazione dei contratti, la quale comporta margini di incertezza e di dettaglio molto accentuati, suscettibili di ingenerare in contesti amministrativo-legali non specializzati frequenti ipotesi di contenzioso. Ipotesi di contenzioso che, peraltro, tendono ad esplodere nelle realtà caratterizzate da maggiori difficoltà operative ed economiche.

Quanto al profilo sub d) la sovrapposizione di lavori inerenti a più stralci o lotti appare un rischio inevitabile in presenza di un andamento così lento delle fasi di progettazione, finanziamento ed avvio. Infatti, le situazioni più urgenti trovano spesso una definizione alternativa e/o parallela cosicché, quando il finanziamento diventa concretamente disponibile, i lavori o gli interventi sono già avviati, almeno per stralcio, onde far fronte alle situazioni di maggiore urgenza. Ciò con particolare riguardo a tecnologie sanitarie diagnostiche particolarmente innovative e di urgente impiego.

7.2 Tipi di patologie e loro elementi eziologici

Mette conto ora esaminare le fattispecie più significative delle revoche intervenute, le quali consentono di disegnare un quadro delle patologie più ricorrenti nel campo della pianificazione sanitaria.

A tale riguardo si è ritenuto di effettuare un'analisi selettiva delle revoche intervenute nell'esercizio 2010.

Un fenomeno diffuso è la ipertrofia temporale tra il momento della progettazione istruttoria e quello della disponibilità delle somme: in alcuni casi essa ha raggiunto perfino i 13 anni⁷³. La conseguente obsolescenza pone di fronte ad un bivio problematico: realizzare egualmente interventi, la cui concezione è ormai superata, oppure incorrere nella revoca e ricominciare la fase propositiva per devolvere le risorse precedentemente assegnate a nuovi funzionali obiettivi. È evidente come in questo anomalo decorso del tempo si intreccino concause quali la scarsa chiarezza programmatica in ambito regionale, l'assenza di proficuo dialogo tra le regioni e le loro aziende, la difficoltà a trasferire questa complessa dialettica nei tavoli ministeriali, al fine di consentire tempestivamente una valutazione di congruenza con gli obiettivi sottesi alla legge di finanziamento.

In altri casi, le aziende sanitarie cercano di ovviare ai ritardi delle procedure, finanziando le opere più urgenti attraverso le risorse del proprio bilancio, qualora esse consentano di realizzare in modo alternativo l'obiettivo originariamente finanziato. Accade in tal modo che realizzazioni di pubblica utilità, come quelle dell'azienda ospedaliera Niguarda Cà Granda⁷⁴, perdano il finanziamento statale, che si cerca di convertire in opere funzionali al cosiddetto "intra moenia", obiettivo sicuramente importante ma probabilmente secondario rispetto a quello di assicurare direttamente opere, beni di investimento e conseguenti servizi sanitari⁷⁵.

Emergono sorprendentemente situazioni di mancata conoscenza della revoca, da parte delle aziende interessate: così viene comunicato che si è in attesa della effettiva

⁷³ Così ad esempio nel caso dell'azienda ospedaliera regina Margherita Sant'Anna di Torino, la quale, con nota prot. n. 64655 del 3/12/2010, sottolinea come *"il finanziamento di che trattasi fu richiesto nel 1997 dall'Amministrazione di allora. Successivamente gli indirizzi regionali sono andati verso l'unificazione dei laboratori di analisi di tre Aziende ospedaliere con strutture contigue - A.O. C.T.O./Maria Adelaide, A.O. Ospedale infantile Regina Margherita Sant'Anna di Torino, A.O. San Giovanni Battista di Torino - e per questa ipotesi l'azienda scrivente ha individuato altra struttura, la cosiddetta palazzina di via Zuretti, quale sede futura dei laboratori. D'altra parte solo in questo modo si possono riunificare le varie attività sparse di laboratorio che il finanziamento al quale si è rinunciato non avrebbe risolto. Tale orientamento ha consentito di soddisfare l'interesse pubblico e contestualmente di conseguire l'obiettivo del contenimento della spesa pubblica, considerato che, per la realizzazione della palazzina di via Zuretti, erano già disponibili fonti di finanziamento ministeriali ex art. 20 l.67/88-II fase. La somma resa disponibile potrebbe essere utilizzata per apparecchiature ed arredi dei nuovi laboratori realizzati invece dell'intervento revocato."*

⁷⁴ Due interventi: Nuovo Centro di coltura dell'epidermide umana e crioconservazione dei tessuti - Padiglione Antonio Rossini; Nuova sede reparto di pediatria al 2° piano del Padiglione Rossini.

⁷⁵ Così ad esempio nel caso dell'Ente ospedaliero Niguarda Cà Granda di Milano il quale, con nota n. prot. 42396 del 30/11/2010, dopo aver riferito che *"Nel 2005 - al fine di consentire il rispetto delle tempistiche di inizio lavori del progetto di Riqualificazione (05/03/2007) - avviava gli interventi sopra descritti facendo ricorso integralmente a mezzi propri di bilancio"* dichiara che *"le opere ad oggi risultano concluse. I tempi di avvio dei lavori del progetto di Riqualificazione sono stati rispettati ed i reparti svolgono regolarmente l'attività sanitaria....In data 02/12/2008 veniva formulata istanza di rimodulazione dei due interventi a favore del nuovo intervento denominato "Nuova sede Libera Professione presso il P.O. Niguarda Ca' Granda di Milano". L'istanza, trasmessa da Regione a Ministero in data 10/12/2008, veniva accolta dal Ministero della Salute con nota del 17/12/2008 e dal Ministero dello Sviluppo Economico con nota del 07/07/2009.... Nel frattempo essendo trascorsi i 18 mesi dalla sottoscrizione dell'accordo integrativo ...il Ministero della salute...avviava il procedimento di revoca dell'impegno di spesa.. Per la quota di finanziamento revocata (€ 1.345.238,00), rimanendo assegnata a Regione Lombardia, verrà richiesto, d'intesa con quest'ultima e in accordo con il Ministero della Salute, il riutilizzo nell'ambito del prossimo Atto integrativo all'Accordo di Programma Quadro, da stipularsi con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze a favore dell'intervento "Nuova sede Libera Professione presso il P.O. Niguarda Ca' Granda di Milano"*.

concessione del finanziamento per dar corso alle procedure di gara per l'affidamento dei lavori⁷⁶.

Alcune aziende, richieste dei motivi che hanno determinato la revoca degli interventi, si limitano ad una mera elencazione di adempimenti istruttori, relativi ad esercizi e situazioni notevolmente antecedenti al momento della revoca stessa, senza specificare i meccanismi e le cause principali della mancata ammissione al contributo. Addirittura il fallimento in termini realizzativi viene accompagnato dalla necessità di fronteggiare, con propri fondi, il pagamento di spese progettuali e tecniche a favore dei professionisti incaricati della redazione dei progetti dismessi. Ciò al fine di evitare un contenzioso perdente, dal momento che il rapporto civilistico con detti tecnici non può essere in nessun modo condizionato dal cattivo esito del finanziamento⁷⁷.

Per la verità non risulta neppure certa una previa procedura di verifica circa il rispetto, da parte dei progettisti, degli standard normativi e tecnici sottesi all'ammissione della progettazione al contributo statale.

Compare nei soggetti utilizzatori finali delle risorse una preoccupazione circa il coinvolgimento nelle responsabilità per la mancata realizzazione: viene quindi sovente assicurato che tutti gli adempimenti di competenza sono stati regolarmente evasi dall'azienda, per cui la revoca dei finanziamenti deve ascriversi a soggetti diversi. Queste situazioni sono generalmente accompagnate dalla precisazione che non è stata attivata alcuna fonte alternativa di realizzazione, limitandosi l'azienda stessa a rimodulare in negativo il programma per l'edilizia sanitaria⁷⁸. Analogamente le giustificazioni si concretano in assicurazioni formali circa l'adempimento di tutte le procedure di legge e della relativa tempistica, risultando una sorta di ineluttabile *factum principis* il "*non aver avuto più notizie dei finanziamenti*"⁷⁹.

⁷⁶ Così, ad esempio, nel caso della Asl 1 di Napoli, la quale, con nota prot. n. 79664 del 6/12/2010, annota in dettaglio tutti gli interventi ex art.20 l. 67/88 e per quel che riguarda in particolare gli interventi oggetto della istruttoria della Corte dei conti (II Lotto funzionale P.O. S. Giovanni Bosco, P.O. Pellegrini, P.O.C.T.O., P.O. San Paolo, P.O. Loreto Mare, P.O. Ascalesi, P.O. Annunziata, Distretto 53 - Piazza nazionale/Via Acquavita) sottolinea che "si è in attesa della effettiva concessione del finanziamento per dar corso alle procedure di gara per l'affidamento dei lavori".

⁷⁷ Così, ad esempio, nel caso della Asl di Avellino, la quale, con nota prot. n. 512 del 29/11/2010 (interventi oggetto: Costruzione dei distretti di Calitri, Atripalda, Pietrastorina, Serino, Mintemiletto, Montemarano, Baiano, Moschiano e Montoro Superiore) sottolinea che: "... la mancata erogazione delle risorse comporta le seguenti criticità ... necessità di dover far fronte, con fondi ordinari, al pagamento degli oneri tecnici già richiesti dai professionisti incaricati per la redazione dei progetti segnatamente relativi ai singoli interventi originariamente fissati. Allo stato al solo fine di evitare l'instaurarsi di contenziosi con i precitati tecnici incaricati, si è già provveduto al pagamento in acconto e a titolo di anticipazione di acconti per oltre 120.000 euro".

⁷⁸ Così, ad esempio, nel caso della Asl 2 di Napoli, la quale, con nota prot. n. 38570 del 22/12/2010 (interventi oggetto: Ampliamento del P.O. Rizzoli, Nuova costruzione dei distretti di Bacoli, Melito, Monte di Procida, Ischia, Giugliano e Licola-Patria-Giuliano) afferma che: "... Tutti gli adempimenti previsti sono stati regolarmente compiuti" e conclude che "se esistono motivi per la revoca dei finanziamenti essi non sono da ascriversi a questa Asl" "Non è stata attivata alcuna fonte alternativa, bensì si è provveduto a rimodulare il programma per l'edilizia sanitaria alla luce del nuovo Piano Ospedaliero regionale ultimo approvato."

⁷⁹ Così, ad esempio, nel caso della Asl di Benevento la quale, con nota prot. n. 163083 del 2/12/2010, dopo aver specificato che gli interventi i cui finanziamenti sono stati revocati con il dm del 8/7/2010 fanno parte degli interventi da rimodulare, a seguito dell'art. 1 c. 285 e seguenti della l. n. 266/2005, perchè rientranti nella quota del 35% delle somme originariamente stanziare, (Decreto interministeriale del 12/5/2006), asserisce di aver

Lo scollamento tra situazioni locali e transazioni tra Regione e Ministeri interessati appare in modo patente da alcune istruttorie, nell'ambito delle quali le aziende stesse precisano di non conoscere i motivi che hanno portato alla revoca, non risultando loro ufficialmente alcun difetto in ordine alle modalità di richiesta dei contributi⁸⁰.

Vi sono addirittura delle situazioni in cui le aziende sanitarie sollecitano la concreta disponibilità di risorse, al contrario già oggetto di revoca⁸¹.

Avviene anche che in relazione ad interventi già oggetto di deroga, l'ente interessato risponda non essere pervenuto alcun decreto di assegnazione di risorse⁸².

Dall'istruttoria emergono, con cadenza seriale, gravi disfunzioni. Innanzitutto una scarsa capacità progettuale da parte dei soggetti interessati ad ottenere i finanziamenti. Le aziende sanitarie difficilmente tengono un quadro delle priorità e stime dei fabbisogni sulla base delle effettive esigenze. Questo comporta che i finanziamenti di cui divengono promissarie sono sovente determinati dall'alto, a pioggia, di modo che spesso sul finanziamento, anziché sulla obiettiva necessità, deve essere disegnata la successiva progettazione esecutiva.

Queste deficienze vengono acuite dalla scarsa capacità di coordinamento di alcune regioni, che non riescono ad acquisire tempestivamente valide informazioni e a coordinare in modo razionale e corretto le proposte da inserire nelle programmazioni. Queste ultime vengono in qualche modo collazionate in maniera formale ma non idonea ad una concreta attuazione. Ciò comporta che al momento di attuare gli interventi inseriti negli accordi di programma, emergono le criticità nascoste dalla sommaria istruttoria.

effettuato tutte le procedure di legge e rispettato la relativa tempistica, per ottenere l'effettiva assegnazione dei finanziamenti, ma che *"non ha avuto più notizie dei finanziamenti de quo."* Le soluzioni adottate sono diverse a seconda dell'intervento: per quelli più importanti ed urgenti (Acquisto attrezzature distrettuali, sistemazione spazi del distretto di san Giorgio del Sannio, acquisto immobile per sede vaccinale di Benevento nonché acquisto e ristrutturazione immobile di Telesse Terme) si è provveduto con fondi propri dell'azienda, rinunciando a realizzare gli altri (Struttura eliportuale P.O. Sant'Agata dei Goti, Costruzione centro per portatori di disabilità di Benevento, costruzione dei distretti di Montesarchio e di Cautano). Da notare che, per quel che riguarda la ristrutturazione della facciata dell'immobile sede ex INAM di Benevento di € 1.177.521,73, pur essendo l'intervento necessario, l'Azienda fa presente che non dispone delle risorse necessarie.

⁸⁰ Così, ad esempio, nel caso della Asl di Salerno la quale, con nota n. 11376 del 17/12/2010 (interventi oggetto: Nuova costruzione distretto Cava dei Tirreni, Ristrutturazione del distretto Sarno, Costruzione dei distretti di Roccapide, di Vallo della Lucania e di Sapri) comunica che: *"... non conosce i motivi che hanno determinato la revoca dei finanziamenti per la realizzazione degli interventi art. 20 L. 67/88 - 2° fase previsti per le AA.SS.LL. Sa1 e Sa3,... dagli atti d'ufficio risulta che l'intervento è stato regolarmente inviato alla regione Campania per l'ottenimento del relativo finanziamento. ... Non è stato realizzato alcun intervento nell'attesa di eventuale sblocco dei finanziamenti"*.

⁸¹ Così, ad esempio, nel caso della Asl 3Sud di Napoli la quale, con nota prot. n. 3310 del 23/11/2010 (interventi oggetto: P.O. di Boscotrecase, di Sorrento e di Torre del Greco) precisa che *"pur avendo portato a termine tutte le progettualità interessate con i rispettivi pareri, è in attesa di comunicazione, da parte dell'Assessorato Regionale alla Sanità, di concrete conferme sulla disponibilità delle risorse economiche necessarie"*.

⁸² Così, ad esempio, nel caso della Asl di Caserta la quale, con nota n. 32204 del 6/12/2010, comunica che gli interventi oggetto dell'istruttoria della Corte dei conti (Realizzazione e ristrutturazione di degenze mediche, chirurgiche, di terapia intensiva ecc dei P.O. di Sessa Aurunca, Piedimonte Matese, San Felice a Cancelli, Marcianise e Maddaloni) *"sono inclusi nell'accordo di programma di cui alla delibera della Giunta Regione Campania n. 878/06, a valere sulle risorse del 35% determinate ai sensi della legge 266/05". Ad oggi non è pervenuto alcun decreto di ammissione a finanziamento da parte del Ministero della salute, da emettere su richiesta dell'Ente Regione. Si precisa che gli interventi previsti non sono stati eseguiti"*.

I luoghi della pianificazione nazionale sono troppo distanti da quelli dove si dovrebbero impiegare le risorse. Nelle stanze della concertazione non pervengono informazioni sufficienti a definire le capacità di successo di un programma o di un progetto: il tutto viene demandato ad una fase successiva al perfezionamento dell'accordo stesso quando, in modo spesso irreparabile, si manifesta o la insostenibilità o la diseconomicità degli interventi ormai finanziati, mentre rimangono scoperte esigenze primarie non pervenute sui tavoli della programmazione.

Una delle cause più ricorrenti è legata all'evidente contrasto tra orientamenti territoriali tradizionali, quali l'esigenza di mantenere in vita i piccoli presidi ospedalieri e le linee guida, adottate a livello nazionale, di concentrazione delle strutture ospedaliere e di riconversione dei piccoli presidi dismessi. Sotto questo profilo non può essere sottovalutata la resistenza, anche in sede contenziosa, dei portatori di interessi locali, i quali non di rado ottengono dalla stessa magistratura amministrativa provvedimenti cassatori delle linee dirigistiche di concentrazione (così ad esempio per quel che riguarda la fattispecie della Regione Abruzzo di cui si riferisce più analiticamente nel successivo paragrafo 8.2).

8. Criticità dei meccanismi amministrativi e contabili alla luce del nuovo quadro costituzionale

Nel corso del contraddittorio scritto ed orale con il Ministero dell'economia e delle finanze e con il Ministero della salute, è stata sottolineata dalle Amministrazioni l'influenza della nuova impalcatura costituzionale sulla programmazione, sul finanziamento e sulla gestione della materia oggetto della presente indagine. Secondo i Ministeri in questione proprio l'assetto delle competenze legislative ed amministrative impedirebbe allo Stato un ruolo più incisivo nel raggiungimento degli obiettivi previsti dal Legislatore nella cura delle infrastrutture e dei servizi sanitari.

Essendo la gestione della sanità materia di competenza regionale ed occupando la relativa spesa parte maggioritaria dei bilanci stessi delle regioni, il ruolo dello Stato può essere solo quello di regia e di coordinamento, essendo l'ipotesi del commissariamento soltanto l'estrema ratio per garantire un assetto minimo alla cura degli interessi finanziari e sanitari delle singole collettività interessate maggiormente ai fenomeni di malgoverno.

L'ottica dei Ministeri dell'economia e delle finanze e della salute è sostanzialmente conforme all'assetto della regolazione e delle competenze amministrative contenute nel nuovo titolo V della Carta costituzionale.

Il nuovo assetto, tuttavia, non può essere confuso con i procedimenti amministrativi concordati tra lo Stato e le regioni: gli stessi accordi di programma non

necessariamente devono concretarsi nelle procedure, talvolta astratte o a contenuto non completamente definito, quali emergono dalle analisi precedentemente svolte.

Come successivamente argomentato nel dettaglio, gli accordi di programma dovrebbero contenere iniziative già strutturate, sulla base di piani tecnicamente e finanziariamente definiti.

Nella buona sostanza, gli accordi dovrebbero comporsi di progetti stimati e definiti economicamente e nel tempo prima della loro deduzione nel patto stipulato tra Governo e Autonomie territoriali.

In assenza di questa predefinizione, la inevitabile patologia conseguente è l'asimmetria tra piani e progetti precedenti all'accordo ed iniziative infrastrutturali effettivamente realizzabili sulla base delle condizioni giuridiche, economiche e finanziarie presenti nell'accordo stesso.

Purtroppo questa ipotesi, a causa della lunghezza delle procedure negoziali e della mancata corrispondenza tra fabbisogno esigenziale e misura del finanziamento, non si verifica costringendo, non solo le regioni, ma anche le aziende sanitarie ad una continua "rincorsa" del finanziamento ottenuto.

Questo fenomeno accade non solo nelle regioni meno virtuose, ma anche in quelle che presentano mezzi finanziari e tempistiche nettamente migliori: così nel caso della Lombardia⁸³ si è potuto verificare che alcuni dei finanziamenti ottenuti sono stati stornati su altre iniziative, dal momento che gli originari obiettivi erano stati già raggiunti in ambito regionale con finanziamenti propri. E' chiaro che nelle situazioni in cui l'autofinanziamento su base regionale è impossibile, il meccanismo amministrativo si inceppa con evidente nocimento sui risultati conseguenti.

Sotto questo profilo, il doppio meccanismo della previa istruttoria antecedente agli accordi e della successiva declinazione di questi ultimi in singoli progetti infrastrutturali e di investimento, appare ripetitivo, pletorico e talvolta contraddittorio. Neppure può sostenersi che questi caratteri siano imposti dal nuovo assetto costituzionale delle competenze legislative ed amministrative, il quale va interpretato in modo costituzionalmente orientato, secondo i principi dell'imparzialità e del buon andamento.

In tal senso vanno lette le osservazioni critiche di questa Corte che si rivolgono al sistema normativo di secondo livello ed amministrativo nel suo complesso, i quali tendono a privilegiare una versione burocratica e ripetitiva di alcuni adempimenti quali pianificazioni, progettazioni, stipula degli accordi. Essi vanno letti in una inscindibile sequenza temporale, evitando momenti di stasi e/o regressione, quali quelli precedentemente descritti.

⁸³ Cfr. nota dell'ente ospedaliero Niguarda Cà Granda di Milano prot. 42396 del 30/11/2010 precedentemente analizzata nel paragrafo 7.2.

Quanto premesso è necessario per chiarire alle Amministrazioni controllate il senso delle osservazioni critiche e dei possibili rimedi a legislazione vigente.

8.1. Profili critici della copertura degli accordi di programma e della loro successiva specificazione in singoli interventi

La concreta possibilità di sottoscrivere gli accordi è subordinata, come già specificato, alla effettiva disponibilità, nel bilancio dello Stato, delle relative risorse⁸⁴.

Con cadenza annuale ed in occasione della legge finanziaria, oggi legge di stabilità, sono fissati, per il triennio di riferimento, gli stanziamenti da iscrivere nel bilancio dello Stato⁸⁵.

Dunque è soltanto nell'ambito delle complessive risorse finanziarie iscritte nel bilancio statale pluriennale che si procede alla sottoscrizione degli accordi, con conseguente rinvio di quelli che non trovano adeguata copertura nelle risorse disponibili a legislazione vigente.

Ciò comporta che lo Stato non assume alcuna obbligazione nei confronti delle regioni fino alla sottoscrizione dell'accordo di programma. In tal modo le regioni più lente nelle procedure di perfezionamento degli accordi rimangono già indietro nella fase preliminare.

Il problema tende ad acuirsi per la procedura aggravata che segue alla sottoscrizione dell'accordo: vengono progressivamente ammessi a finanziamento i singoli interventi in cui l'accordo medesimo si articola, sulla base delle richieste regionali e previa verifica della relativa appaltabilità. Solo a seguito dell'ammissione a finanziamento la regione è legittimata ad avviare le opere, assumendo impegni giuridicamente rilevanti.

Questo è veramente un punto critico della procedura poiché le originarie proposte sono state elaborate in tempi lontani rispetto al tempo in cui i pertinenti interventi vengono ad essere oggetto di accordo, in un momento di probabile intervenuta obsolescenza.

A ciò si aggiunge che il concetto di appaltabilità dipende da un previo progetto definito, il quale manca o comunque non può essere conforme alla somma determinata in sede di accordo, sulla base di parametri alquanto approssimativi.

Questa discrasia metodologica comporta tempi molto lunghi per la progettazione, la quale deve generalmente adeguarsi alla somma assegnata. Ne deriva l'inversione dei più elementari canoni della programmazione tecnica.

⁸⁴ Cfr. Nota del Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato - Ispettorato Generale della Spesa Sociale - Ufficio IX prot. n. 24883 del 02/03/2011.

⁸⁵A decorrere dal 1998 l'art. 54, comma 13, della legge n. 49/1997 ha abrogato le disposizioni che consentivano al Ministero del Tesoro la contrazione di mutui per il finanziamento, tra l'altro, del programma di investimenti sanitari.

Il Ministero dell'economia e delle finanze precisa⁸⁶ che solo a seguito della ammissione a finanziamento degli interventi tecnicamente specificati sulla base degli accordi di programma, le regioni possono avviare le opere, assumendo impegni giuridicamente rilevanti: questo è, in realtà, solo parzialmente esatto, dal momento che la regione a sua volta assegna alle aziende le risorse, per cui il flusso procedimentale si complica e si allunga in ragione di tutti i passaggi e snodi problematici tra gli uffici degli enti interessati alla realizzazione. Diverso sarebbe se i progetti fossero dedotti in accordo in modo tecnico e finanziario indefettibile, poiché verrebbe meno la necessità degli adeguamenti e delle specificazioni dei contributi tra soggetti attuatori diversi, che invece caratterizza la prassi attuale.

I complessi ed ipertrofici procedimenti amministrativi realizzano un meccanismo di continuo rinvio nella utilizzazione delle risorse disponibili. Ai tempi lunghi si aggiunge, in senso negativo, il rapido mutare dei quadri esigenziali delle aziende sanitarie.

In questo contesto, anche il meccanismo delle revoche e quello delle relative riassegnazioni delle risorse liberate, unitamente alle prelieve verifiche sui saldi di finanza pubblica che devono sempre precedere l'assunzione di nuovi impegni, finiscono per premiare le regioni più rapide ed efficienti.

Lo strumento dei commissariamenti delle regioni meno virtuose soggette ai piani di rientro si è concentrato soprattutto sui tagli di spesa e sulla gestione dei debiti pregressi, senza affrontare il nodo della accelerazione degli investimenti dedotti o deducibili negli accordi di programma. Ciò – a ben vedere – aumenta il gap tra regioni più sviluppate e regioni scarsamente munite, dal momento che gli investimenti infrastrutturali costituiscono un volano necessario per migliorare qualità e quantità dei servizi.

Altro motivo di riflessione è che sulle comunità più povere vengono scaricate le inefficienze dei propri apparati amministrativi, dal momento che non vengono realizzati investimenti necessari a colmare deficit e ritardi, bensì implementata la pressione fiscale nei confronti dei soggetti residenti nei territori interessati alle situazioni problematiche.

Le criticità dei meccanismi contabili si intrecciano con quelle amministrative: la gestione contabile è caratterizzata dall'assenza di un diretto ed immediato legame fra singolo accordo (e successive ammissioni a finanziamento degli interventi in cui si articola) e singolo impegno. La sottoscrizione degli accordi di programma avviene sulla base delle risorse cumulativamente disponibili nel bilancio triennale, mentre l'impegno è effettuato sul singolo esercizio finanziario. Revoche e proroghe impongono tempistiche rapide e flessibilità delle progettazioni tecniche, non sempre compatibili con le logiche programmatiche.

⁸⁶ Cfr. Nota del Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato - Ispettorato Generale della Spesa Sociale - Ufficio IX prot. n. 24883 del 02/03/2011.

Certamente gli effetti di un simile sistema sono diversi in proporzione dell'efficienza amministrativo-gestionale dei vari apparati coinvolti: anche in questo caso le tabelle allegate dimostrano come alcune regioni riescano a realizzare tempi e modi migliori di altre.

In termini assoluti, tuttavia, la lunghezza e la difficoltà del percorso non può che essere un coefficiente negativo della qualità e quantità dei risultati.

I tempi dei procedimenti innestano altre disfunzioni di carattere amministrativo e contabile: in alcuni esercizi è maturata la perenzione amministrativa dei fondi stanziati che non sono stati più reiscritti negli esercizi successivi.

L'Amministrazione quantifica i residui passivi colpiti da perenzione nel modo seguente: **0,97 milioni di euro** per l'esercizio 2002, **423,25 milioni di euro** per l'esercizio 2003 e **670,12 milioni di euro** per l'esercizio 2004.

Su questo fenomeno di mancata utilizzazione ha inciso - come rileva l'Amministrazione - la riduzione dei tempi di maturazione della perenzione amministrativa da sette a tre anni, in base all'art. 3, comma 36, della legge n. 244/07, innovativo del precedente regime previsto dall'art. 36, comma 3, del r.d. del 18.11.1923, n. 2440.

Si è già avuto modo di criticare in precedenti referti l'utilità dell'istituto della perenzione amministrativa come regolato dalle attuali disposizioni⁸⁷.

Nel caso di specie, tuttavia, il profilo maggiormente critico, da attribuire alle gravi lentezze dell'Amministrazione statale, è la tempistica della reiscrizione in bilancio delle risorse.

Non sembra ammissibile che - a distanza di oltre un quinquennio dalla maturazione della perenzione - le somme relative agli evocati esercizi non abbiano trovato una riallocazione in bilancio⁸⁸. Nella buona sostanza, la mancata reiscrizione in bilancio finisce per ridimensionare in via surrettizia la misura degli stanziamenti disposti dal Legislatore.

Dall'esercizio 2004 il fenomeno non si è più verificato perchè i Ministeri interessati hanno provveduto a conservare a residui il differenziale tra somme stanziare annualmente e somme effettivamente erogate.

⁸⁷ Cfr. da ultimo Sezione centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni dello Stato, delibera n. 26/2010/G.

⁸⁸ Alla reiscrizione in bilancio si può provvedere solo secondo l'ordinaria procedura di cui all'art. 27, comma 1, della legge n. 196/2009 che consente di attingere le necessarie risorse dal relativo fondo speciale per la riassegnazione dei residui passivi della spesa in conto capitale eliminati negli esercizi precedenti per perenzione amministrativa. La stessa Amministrazione - Cfr. Nota del Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Ispettorato generale per la Spesa Sociale - Ufficio IX prot. n. 24883 del 2/03/2011- ritiene che "**non può tacersi il fatto che la dimensione finanziaria degli interventi di edilizia sanitaria, l'elevatissimo numero di richieste di liquidazione che pervengono e la necessità di procedere a pagamenti in tempi non eccessivamente lunghi, sono tali da rendere particolarmente difficoltoso l'accesso ad un "fondo" finanziariamente limitato, le cui richieste possono essere accolte compatibilmente con le risorse stanziare, nonché con le esigenze rappresentate da altre Amministrazioni centrali**".

E' questo un meccanismo non certo conforme alla natura intrinseca del residuo passivo (inteso come somma correlata ad obbligazione passiva), ma indubbiamente efficace per evitare ulteriori perenzioni.

In ogni caso, le partite conservate attraverso questa particolare gestione dei residui non corrispondono agli stanziamenti di legge, non solo perché questi ultimi hanno correlazione pluriennale, ma anche perché non sempre le somme stanziolate dalle leggi di rifinanziamento vengono rese contabilmente disponibili.

In realtà, lo stesso Ministero della salute si rende conto del circolo perverso innescato da un meccanismo di subordinazione della programmazione alle successive verifiche del Ministero dell'economia: in data 05/03/2011 la Direzione generale della programmazione sanitaria⁸⁹, interpellata con formale nota istruttoria, ha avuto modo di affermare che: "Allo stato attuale, dei 23 miliardi di euro già assegnati e ripartiti alle Regioni e Province autonome con deliberazioni CIPE, non risultano ancora iscritti in bilancio dello Stato oltre 6 miliardi di euro. Infatti, in attuazione alle disposizioni recate dagli articoli 2, comma 1, e art. 14, comma 2, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 convertito in legge n. 122/2010, sono stati apportati tagli al capitolo di bilancio 7464 (di competenza del Ministero dell'economia e delle finanze), di finanziamento degli interventi per l'edilizia sanitaria di cui al su indicato programma per gli esercizi 2011 e 2012, recepiti in sede di legge di stabilità e legge di bilancio. Ad oggi per la sottoscrizione di Accordi di programma sono iscritti in bilancio € 88 milioni, così come reso noto dal Ministero dell'economia e delle finanze. Le riduzioni apportate sul capitolo di bilancio superano 1,800 milioni di euro, vanificando di conseguenza, almeno per il momento, n. 7 documenti di programma già predisposti dalle Regioni. Pertanto, lo scrivente Ministero non ha ritenuto opportuno procedere alla definizione, in sede di Conferenza Stato-Regioni, di una proposta di riparto delle risorse aggiuntive (1 miliardo di euro) considerata l'indisponibilità in bilancio delle risorse medesime e di quelle già assegnate alle Regioni".

La natura del fenomeno illustrato pone in essere un sostanziale deficit di copertura dei programmi approvati dal Parlamento, il quale si manifesta, ex post, in conseguenza dei complessi meccanismi precedentemente descritti. Sotto questo profilo ci si riferisce non solo alla non conformità tra stanziamenti legislativi e riparto delle risorse aggiuntive, ma anche ai tempi con cui i rifinanziamenti stessi vengono messi a disposizione, essendo di tutta evidenza che gli scostamenti temporali dal momento in cui l'iniziativa normativa viene licenziata e quello della concreta assegnazione e utilizzazione delle risorse, incidono non solo sui tempi di realizzazione, ma anche sul valore e sulla fattibilità stessa delle iniziative originariamente programmate.

⁸⁹ Cfr. Nota prot. n. 7760 - P.

La mancata corrispondenza tra stanziamenti legislativi inerenti a programmi pluriennali e previsioni di competenza annuale, la diacronia tra programmazione regionale, accordi di programma e gestione del bilancio statale di competenza e di cassa ed infine le ripetute verifiche in ordine alle compatibilità tra investimenti ed esigenze di tutela della finanza pubblica, determinano meccanismi totalmente avulsi dall'adozione di criteri di priorità e di selettività: l'unico parametro sembra consistere nella tempistica degli accordi e della presentazione delle istanze afferenti ai singoli investimenti.

Nel dibattito orale della fase del contraddittorio, il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze ha negato, infatti, che le verifiche sui saldi di finanza pubblica comportino l'esercizio di una discrezionalità con riguardo alle singole istanze che, di volta in volta, vengono esaminate. Secondo il Ministero, gli accordi e le istanze relative ai singoli interventi sono valutati in ordine rigorosamente temporale, in modo da non alterare quello che è l'ordine di presentazione delle singole proposte.

Prendendo atto della precisazione del rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze, questa Corte rileva che l'adozione del criterio temporale non può nascondere un fenomeno evidente: la limitatezza degli stanziamenti di competenza e di cassa annuali rispetto alla dinamica degli accordi e delle successive istanze di ammissione a finanziamento dei singoli progetti. Il criterio temporale, pertanto, finisce ancora una volta per premiare le regioni più rapide ad accordarsi e a sviluppare progetti, in assenza di altri concomitanti criteri che potrebbero rendere oggetto di valutazione esigenze prioritarie dal punto di vista socio-economico ed infrastrutturale.

8. 2 Influenza dei rapporti tra livello di Governo statale e regionale sulla attuazione del programma

In un contesto costituzionale che garantisce la salute come diritto inviolabile del singolo ed interesse dell'intera collettività, si pone il problema di verificare in subjecta materia l'influenza dei rapporti tra livello di governo statale e regionale, soprattutto nelle regioni caratterizzate da gravi ritardi nella cultura e nelle azioni di programmazione, gestione e controllo e da una inadeguata capacità gestionale.

Con la legge n. 67/88 si era ritenuto di risolvere il problema abbandonando il criterio di finanziamenti episodici ed a pioggia per sostituirlo con un sistema connotato da obiettivi chiari, mezzi proporzionati e tempi realizzativi certi. In pratica, veniva riaffermata la centralità della programmazione come metodo di governo della sanità.

Poche regioni, tuttavia, sono riuscite a pianificare gli obiettivi e ad applicare in modo proficuo le procedure stabilite dalla legge.

Molti provvedimenti legislativi ed amministrativi si sono succeduti nel tempo senza riuscire a definire in modo corretto i piani regionali di investimento nel settore dell'edilizia sanitaria.

La lunghezza delle procedure normative ed il frequente disallineamento delle stesse rispetto alle prescrizioni della legislazione nazionale hanno prodotto disfunzioni ragguardevoli: con l'avanzare del federalismo e dopo la riforma costituzionale del 2001, la metodologia programmatica ha dovuto tenere conto della necessaria negoziazione tra governo centrale e governi regionali.

Di qui la valorizzazione degli accordi di programma come momenti di incontro dei due livelli di governo.

Nel corso della istruttoria entrambi i Ministeri interessati hanno sottolineato, da parte di alcune regioni, la mancata adozione di scelte strategiche di fondo, relative alla razionalizzazione della rete assistenziale ospedaliera e territoriale.

E' stato sottolineato quale punto critico delle politiche di riqualificazione la non condivisione o comunque la mancata attuazione di alcuni obiettivi strategici assunti a livello nazionale quali la chiusura di posti letto in eccedenza, la riconversione di piccoli presidi, la riduzione del numero dei distretti sanitari.

Così, il meccanismo di composizione degli interessi nazionali e regionali ha finito in molti casi per funzionare solo in senso interdittivo, poiché il mancato raggiungimento di intese sugli obiettivi principali della razionalizzazione ha rallentato l'assegnazione e la successiva erogazione delle somme, pregiudicando la stessa progettazione degli interventi, condizionata, da un lato, dalla volontà regionale non sempre conforme agli indirizzi nazionali e, dall'altro, dalla mancata condivisione delle scelte regionali da parte del Ministero della salute e, più in generale, del Governo.

Un punto di mediazione è stato talvolta raggiunto, attraverso il finanziamento selettivo di quegli interventi ritenuti in linea con gli indirizzi di fondo della riforma.

Talvolta, i tempi della complessa negoziazione che ha condotto alla separazione selettiva degli interventi proposti dalle regioni, hanno provocato l'obsolescenza di progetti, invecchiati durante il lungo iter istruttorio delle decisioni inerenti alla concessione dei finanziamenti.

Il tentativo di non disperdere le risorse, pur in presenza di una palese obsolescenza dei vecchi obiettivi, ha indotto le amministrazioni regionali e le stesse aziende sanitarie a realizzare egualmente gli interventi finanziati oppure a rideterminarne le modalità di utilizzazione, in proporzione all'entità dei fondi assegnati piuttosto che al fabbisogno obiettivamente quantificato per raggiungere obiettivi funzionalmente garantiti.

Questo problema si è acuito proprio nelle regioni soggette alla sottoscrizione dei piani di rientro⁹⁰, ove la resistenza a chiudere piccoli presidi ospedalieri e a riconvertirne i posti letto, ha assunto un ruolo di concausa importante nel mancato finanziamento o nella mancata erogazione di somme destinate agli interventi di edilizia sanitaria.

La riqualificazione e il potenziamento tecnologico dei servizi sanitari regionali, attraverso interventi sui presidi di riferimento aziendale nonché sui distretti sanitari e sulle strutture territoriali, sono stati gli oggetti principali dei vari piani in variante predisposti nel tempo, al fine di sbloccare le risorse assegnate.

Il decorso del tempo ha indotto ulteriori complicazioni anche per la sopravvenienza di eventi naturali come il terremoto in Abruzzo, il quale ha comportato notevoli problematiche di variazione ed adeguamento degli obiettivi della Regione interessata.

In quest'ultima fattispecie le già insufficienti risorse sono state devolute in via prioritaria a garantire la sicurezza e la solidità delle strutture⁹¹.

Sul punto occorre indubbiamente una riflessione in grado di prendere a riferimento il complesso degli interessi pubblici in gioco, anche in considerazione di alcune situazioni locali per le quali probabilmente i rigidi parametri delle linee guida in ambito nazionale dovrebbero essere intesi in modo più flessibile, al fine di evitare interventi cassatori, da parte della magistratura amministrativa, di provvedimenti di ristrutturazione della rete ospedaliera. Al riguardo mette conto segnalare una recente pronuncia del Consiglio di Stato, il quale, con ordinanza n. 118/2010 del 14 gennaio 2011, ha accolto l'appello promosso dal gruppo "Guardiagrele il bene in comune" contro l'ordinanza n. 415/2010 di

⁹⁰ Per le Regioni coinvolte nel piano di rientro del servizio sanitario cfr. allegato F, nonché la precedente delibera di questa Sezione n. 22/2009/G.

⁹¹ In tal senso la nota n. 52375 del 02/03/2011 della Regione Abruzzo - Direzione Politiche della Salute - Servizio investimenti strutturali e tecnologici e patrimonio delle aziende sanitarie - Ufficio Programmazione e Monitoraggio Interventi: " Per affrontare tale importante "novità" il Servizio fin dall'adozione del D.L. 39 del 28.04.2009 che stabiliva la rimodulazione degli interventi programmati nell'Accordo di Programma sottoscritto in data 15.5.2008, ha avviato le seguenti attività: - convocazione dei tecnici incaricati della redazione delle verifiche tecniche dei livelli di sicurezza sismica dei presidi ospedalieri di tutta la rete regionale per l'approfondimento del caso; - elaborazione di una mappa delle criticità realizzative/gestionali delle strutture sanitarie attraverso appositi incontri con i responsabili dei Dipartimenti tecnici delle aziende USL per la valutazione del rapporto costi/benefici circa il ripristino di alcuni immobili a destinazione sanitaria; - sopralluoghi per verificare lo stato di utilizzo delle strutture sanitarie anche allo scopo di prevedere la razionalizzazione e/o l'alienazione. Con la conversione di detto decreto nella citata legge 77/99 del 24.6.2009, il Servizio, in data 15.7.2009 ha comunicato alle aziende USL le nuove disposizioni per avviare concretamente la articolata manovra di variante (rimodulazione e rifinalizzazione) delle risorse ancora disponibili e contestuale verifica dell'adeguatezza delle strutture ai requisiti minimi strutturali di cui al DPR 14.1.97 "requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", al fine di valutare, ove si rendessero necessari adeguamenti di tipo antisismico, il rapporto costi/benefici degli interventi. Compilate le descritte azioni ricognitive la Regione Abruzzo con delibera del Commissario ad Acta n. 48 del 09.08.2010 ha approvato la rimodulazione degli interventi afferenti l'A.d.P. 2° stralcio e dei due interventi afferenti l'AdP Integrativo dello stralcio 2004 n. 6 e n. 7, non ammessi a finanziamento, e la programmazione dell'importo di € 1.169.490,82 (residuo completamento e Sicurezza), per il complessivo impegno di spesa pari ad € 82.590.396,65, di cui €70.473.185,49 a carico del bilancio dello Stato. In detto provvedimento è stata delineata la strategia attuativa della L.77/09 incentrata oltre che al ripristino strutturale e funzionale del P.O. San Salvatore all'Aquila, quale obiettivo prioritario, al potenziamento del territorio e all'adeguamento a norme di sicurezza e potenziamento degli ospedali di medio-grandi dimensioni. In attuazione delle disposizioni della Legge 77/09 si deve ancora pervenire al completamento della generale azione di riqualificazione in materia di edilizia sanitaria imponendo tale legge la riduzione del rischio sismico dell'intera rete strutturale che comporta la programmazione di tutte le risorse già assegnate alla Regione Abruzzo valere art. 20, legge 67/88".

rigetto del provvedimento cautelare del TAR d'Abruzzo – L'Aquila della sospensiva concernente l'attuazione del piano di rientro che tagliava alcuni presidi ospedalieri regionali⁹².

8.3 La sostituzione dei mutui di scopo con la concessione di contributi statali in conto capitale

Nella prima fase di attuazione del programma, come già precisato, gli interventi sono stati realizzati attraverso mutui stipulati dai soggetti beneficiari, con ammortamento a carico dello Stato, ai sensi del comma 1 del citato art. 20 della legge n. 67/1988.

A partire dal 1998, questa modalità di finanziamento è stata abbandonata e sostituita da finanziamenti annuali in conto capitale, attraverso le modalità di iscrizione delle somme nel bilancio triennale ed annuale, secondo le differenziate modalità precedentemente descritte. Ciò sulla base della programmazione negoziata tra Ministero della salute e Regioni (con il concerto del Ministero dell'economia e delle finanze e di intesa con la Conferenza Stato – Regioni).

Il nuovo meccanismo ha creato una serie di inconvenienti che si possono riassumere nel concetto di incertezza sui tempi e le modalità di accantonamento, impegno, utilizzazione ed erogazione delle somme.

La copertura con mutui mallevati dallo Stato rende certa la disponibilità e i tempi dei fondi necessari per realizzare gli investimenti.

Infatti, il mutuo viene di regola parametrato al progetto esecutivo in tempi relativamente ravvicinati tra la redazione e la stipula. Conseguentemente, l'appaltabilità dell'opera o la fornitura delle attrezzature diventa immediatamente gestibile attraverso la gara con il vantaggio di una speculare corrispondenza tra i valori economici stimati in sede di istruttoria di mutuo e le risorse necessarie per addivenire alla stipula del contratto dopo l'esperimento della gara. Analogamente può dirsi per la gestione successiva del rapporto negoziale tra amministrazione committente e appaltatore. Molto diversa è la situazione scaturente da contributi che devono essere specificati in progetti di contratto parametrati, non al fabbisogno esigenziale effettivo, ma alla somma previamente concessa.

⁹² Se ne riporta in questa sede uno stralcio: "...Ritenuto che all'esame proprio della fase cautelare non sembrano del tutto sfornite di fondamento le perplessità sollevate dagli appellanti nei confronti degli atti di chiusura dell'Ospedale di Guardiagrele in ordine alla mancata o insufficiente considerazione, quanto alla sufficienza e all'adeguatezza delle misure alternative predisposte (con riferimento soprattutto ai presidi attivabili ed al Punto di Pronto Intervento H24), della particolare conformazione del territorio, dei comuni afferenti al bacino di utenza della struttura ospedaliera, della effettiva rapida raggiungibilità degli ospedali vicini soprattutto nel periodo invernale nonché della popolazione residente nel bacino territoriale dell'Ospedale di Guardiagrele, formata per la maggior parte da soggetti ultrasessantacinquenni; Considerato che i contrapposti interessi in gioco possono essere opportunamente contemperati ordinando il riesame degli atti impugnati alla luce dei motivi di censura sollevati, con particolare riguardo a quelli attinenti al prospettato difetto di istruttoria; P.Q.M. Accoglie l'appello (Ricorso numero: 10310/2010) e, per l'effetto, in riforma dell'ordinanza impugnata, accoglie l'istanza cautelare in primo grado ai fini del riesame, nei sensi e nei limiti indicati in motivazione".

E' ben noto che una delle condizioni più importanti per la realizzazione di interventi infrastrutturali è la corrispondenza e la congruità delle risorse rispetto al fabbisogno economico-finanziario, quale risultante dalla progettazione: in assenza di questa corrispondenza si rischia di vanificare non solo l'integrale raggiungimento degli obiettivi finali, ma anche quello degli intermedi poiché la indiscriminata riduzione degli stanziamenti preclude quasi sempre anche la relativa funzionalità del realizzabile.

Questa Corte è ben consapevole che il passaggio dalla formula del mutuo di scopo a quella del contributo in conto capitale trova la genesi nelle preoccupazioni della Commissione europea che ha più volte formulato raccomandazioni circa l'esigenza di valutare la copertura delle singole leggi di spesa, tenendo conto degli effetti in termini di fabbisogno e di indebitamento netto della pubblica amministrazione e ponendo in essere opportune compensazioni ogni qualvolta la sommatoria degli effetti economico-finanziari della legislazione stessa possano condurre a squilibri strutturali della finanza pubblica. Il nostro Legislatore ha tradotto queste raccomandazioni in una disciplina che prescrive la misurazione degli effetti di ciascuna disposizione legislativa sugli andamenti tendenziali del saldo di cassa e dell'indebitamento⁹³. Ciò anche nel caso in cui la relativa autorizzazione di spesa sia precedente o successiva al 1 gennaio 2007, data di entrata in vigore della

⁹³ Mette conto riportare le disposizioni più importanti inerenti alla materia: L. 24-12-2003 n. 350 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2004), art. 4, comma 177 : "Fermo restando quanto previsto dall'articolo 54, comma 13, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, i limiti di impegno iscritti nel bilancio dello Stato in relazione a specifiche disposizioni legislative sono da intendere come contributo pluriennale per la realizzazione di investimenti, di forniture di interesse nazionale e di azioni mirate a favorire il trasporto delle merci con modalità alternative, includendo nel costo degli stessi anche gli oneri derivanti dagli eventuali finanziamenti necessari, ovvero quale concorso dello Stato al pagamento di una quota degli oneri derivanti dai mutui o da altre operazioni finanziarie che i soggetti interessati, diversi dalle pubbliche amministrazioni come definite secondo i criteri di contabilità nazionale SEC 95, sono autorizzati ad effettuare per la realizzazione di investimenti. I contributi, compresi gli eventuali atti di delega all'incasso accettati dall'Amministrazione, non possono essere compresi nell'ambito di procedure cautelari, di esecuzione forzata e concorsuali, anche straordinarie. La quota di concorso è fissata con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, emanato di concerto con il Ministro competente". Comma 178: "La disposizione di cui al comma 177 si applica ai mutui e alle altre operazioni finanziarie stipulati dopo la data di entrata in vigore della presente legge". L. 27-12-2006, n. 296, Articolo 1, comma 511 - Istituzione Fondo compensazione degli effetti finanziari conseguenti all'attualizzazione di contributi pluriennali. "Nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze è istituito, con una dotazione, in termini di sola cassa, di 520 milioni di euro per l'anno 2007, un Fondo per la compensazione degli effetti finanziari non previsti a legislazione vigente conseguenti all'attualizzazione di contributi pluriennali, ai sensi del comma 177-bis dell'articolo 4 della legge 24 dicembre 2003, n. 350, introdotto dal comma 512 del presente articolo. All'utilizzo del Fondo per le finalità di cui al primo periodo si provvede con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, da trasmettere al Parlamento, per il parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, e alla Corte dei conti.". Comma 512 "Procedura per utilizzo contributi pluriennali" Dopo il comma 177 dell'articolo 4 della legge 24 dicembre 2003, n. 350, è inserito il seguente: «177-bis. In sede di attuazione di disposizioni legislative che autorizzano contributi pluriennali, il relativo utilizzo, anche mediante attualizzazione, è disposto con decreto del Ministro competente, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa verifica dell'assenza di effetti peggiorativi sul fabbisogno e sull'indebitamento netto rispetto a quelli previsti dalla legislazione vigente. In caso si riscontrino effetti finanziari non previsti a legislazione vigente gli stessi possono essere compensati a valere sulle disponibilità del Fondo per la compensazione degli effetti conseguenti all'attualizzazione dei contributi pluriennali. Le disposizioni del presente comma si applicano anche alle operazioni finanziarie poste in essere dalle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 5, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, a valere sui predetti contributi pluriennali, il cui onere sia posto a totale carico dello Stato. Le amministrazioni interessate sono, inoltre, tenute a comunicare preventivamente al Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato e Dipartimento del tesoro, all'ISTAT e alla Banca d'Italia la data di attivazione delle operazioni di cui al presente comma ed il relativo ammontare». Rilevanti in materia sono anche l'art. 10 della legge n. 196/09 e la circolare n. 15 del 28 febbraio 2007 del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato - Ispettorato generale per le politiche di bilancio.

regola, ovvero che sussistano già specifici decreti ministeriali di concessione dei contributi o di impegno delle risorse in bilancio.

In questi casi l'ordinamento richiede, per così dire, una verifica di copertura concomitante alla gestione del contributo, subordinando l'esito positivo della vicenda alla disponibilità del Fondo per la compensazione degli effetti finanziari non previsti a legislazione vigente. Fondo, peraltro, assai limitato, in relazione al fabbisogno infrastrutturale che continuamente si presenta.

Ciò non preclude, tuttavia, l'adozione di formule di indebitamento purchè ne sia assicurata la copertura nel tempo e, in ogni caso, non preclude una dazione dei contributi contestuale alla adozione di progetti, esattamente quantificati sotto il profilo tecnico ed economico-finanziario.

Pertanto, anche nel caso in cui si ritenga definitivo l'abbandono del tradizionale sistema del mutuo di scopo, le somme destinate agli investimenti dovrebbero essere quantificate sulla base di progetti attendibili e attuali sotto il profilo tecnico, finanziario e funzionale.

Questo indefettibile obiettivo collide con i procedimenti amministrativi attualmente adottati e presuppone un integrale ripensamento dell'istruttoria e dei tempi degli accordi di programma, nonché una maggiore certezza circa la disponibilità temporale del contributo statale, sia che venga confermata l'attuale formula del contributo in conto capitale, sia che si intenda riproporre il modulo del mutuo, nei limiti e con le garanzie previste in tema di gestione dell'indebitamento dalla disciplina comunitaria.

8.4 Complessità delle procedure per la liquidazione degli appaltatori e dei fornitori

Gli allegati L1, L2 ed L3 contengono l'analisi dei pagamenti effettuati negli esercizi 2008-2010 dal Ministero dell'economia e delle finanze a favore delle regioni e degli altri enti attuatori.

Con riguardo alle predette transazioni, il meccanismo dei pagamenti di pertinenza delle aziende sanitarie a favore degli appaltatori e dei fornitori non sembra ispirato al principio della semplificazione.

E' bene precisare che il decreto legislativo n. 231/02 prevede tempi assai ristretti nel pagamento delle obbligazioni maturate a carico dei debitori: 30 giorni dalla data di approvazione dello stato di avanzamento o dal ricevimento della fattura da parte dell'amministrazione debitrice o di una richiesta di pagamento di contenuto equivalente. L'art. 4, comma 4, del suddetto decreto prevede che le parti, nella propria libertà contrattuale, possano stabilire un termine superiore rispetto ai 30 giorni. La

giurisprudenza ha limitato tale possibilità ad aumenti temporali che non snaturino la prescrizione di legge.

E' inoltre in fase avanzata ulteriore normativa comunitaria molto più restrittiva e penalizzante per le amministrazioni morose.

Il pagamento dei crediti inerenti all'attuazione degli investimenti è caratterizzato da un modello procedimentale contenente una serie di passaggi amministrativo-contabili dall'azienda sanitaria alla regione e al Ministero dell'economia e delle finanze.

Al contrario, gli altri soggetti attuatori della legge n. 67/88 trasmettono direttamente al Ministero la somma per la pertinente somministrazione.

Infine, dall'allegato L1 si può verificare come 27,24 milioni di euro siano stati somministrati direttamente al Commissario Delegato per l'emergenza socio-economico-sanitaria della Regione Calabria, a dimostrazione che almeno in questa specifica fattispecie si è adottato un modulo alternativo nei confronti di una Regione inadempiente rispetto alle finalità della legge n. 67/88.

Il procedimento più critico sembra – come detto – quello inerente alle gestioni delle aziende sanitarie, che può essere così sintetizzato:

- a) invio degli stati di avanzamento o delle fatture da parte delle aziende alle regioni di appartenenza;
- b) approvazione degli atti sub a) da parte del competente organo regionale;
- c) invio delle delibere di liquidazione al Ministero dell'economia e delle finanze per la erogazione della quota di pertinenza dello Stato;
- d) effettuazione del pagamento, previa verifica della documentazione regionale da parte del Ministero dell'economia e delle finanze.

Le fasi precedentemente schematizzate sono soggette a rilevanti variabili, a seconda delle condizioni economiche e degli orientamenti delle regioni interessate.

In particolare, per quel che riguarda la liquidazione delle regioni, in alcuni casi le stesse si assumono l'onere di anticipare le somme di pertinenza dello Stato⁹⁴; in altri, attendono la materiale acquisizione dei fondi⁹⁵ con l'inevitabile riverbero sui tempi complessivi di adempimento dell'obbligazione.

Anche le suddette prassi non sono completamente libere, poiché condizionate – nel loro complesso – dai vincoli del patto di stabilità che, a ben vedere, riguardano tutte le amministrazioni pubbliche coinvolte nella complessa triangolazione.

Il patto di stabilità infatti si concentra sui saldi complessivi di competenza e di cassa, di modo che, se il piano dei pagamenti maturati ad una certa data non corrisponde

⁹⁴ Cfr. prassi adottata dalle Regioni Lombardia e Marche.

⁹⁵ Cfr. prassi adottata dalla Regione Basilicata.

alle previsioni complessive, le transazioni finanziarie devono essere rinviate a momento più favorevole.

Nei casi sottoposti a controllo a campione indicati nel precedente paragrafo 3 si è potuto verificare che, dal ricevimento degli atti da parte del Ministero dell'economia e delle finanze alla relativa liquidazione, passano tempi variabili dai 30 ai 60 giorni.

Il Ministero dell'economia e delle finanze ha difeso, in sede di contraddittorio, la regolarità e la tempestività della gestione amministrativo-contabile di pertinenza dello Stato. Occorre a tal fine chiarire che lo scrutinio di efficacia, efficienza e tempestività dell'azione amministrativa esercitato da questa Corte non può essere limitato, in relazione a programmi connotati da esecuzione ripartita tra vari soggetti, a spezzoni virtuali dal punto di vista economico-giuridico, ma esercitato nella sua conformazione complessiva rispetto alle finalità della norma e agli obiettivi concretamente perseguiti.

La tempistica del Ministero nel procedimento di liquidazione dei creditori, pertanto, sarebbe accettabile se non costituisse un sub procedimento nell'ipertrofico percorso che conduce dall'approvazione dello stato di avanzamento o dalla ricezione della fattura al pagamento del creditore.

Infatti, ai tempi del Ministero vanno aggiunti quelli intercorrenti tra la maturazione del credito (stato di avanzamento o verifica della fattura ricevuta) e la sua trasmissione e deliberazione da parte dell'organo regionale competente (tempo oscillante tra 30 e 90 giorni), quelli intercorrenti tra determinazione regionale ed erogazione alle aziende sanitarie (oscillanti tra i 30 e 90 giorni a seconda della eventuale anticipazione dei fondi da parte regionale) nonché i tempi amministrativi delle singole aziende dal momento della materiale riscossione a quello del pagamento a buon fine.

Come si vede, i tempi di adempimento di obbligazioni delle aziende sanitarie sono strutturalmente in contrasto con le prescrizioni di legge, originando inevitabilmente ulteriori oneri a carico delle aziende stesse.

In definitiva, la filiera amministrativa dei pagamenti è assolutamente inadeguata alla tempistica normativa per il soddisfacimento del creditore. Per questo motivo, le aziende si trovano nella scomoda alternativa di anticipare con propri fondi i pagamenti oppure di finire in mora con le penalizzanti conseguenze di legge.

E' evidente che questo meccanismo non può, ancora una volta, ritorcersi sui soggetti committenti più poveri, per i quali l'anticipazione diventa assai difficile, se non addirittura preclusa da norme specifiche che riguardano la gestione delle situazioni debitorie pregresse e i limiti alle anticipazioni di cassa.

La gestione degli accordi di programma dovrebbe prendere in considerazione questi profili patologici, al fine di mettere a sistema un'efficiente modalità di pagamento, in grado

di prevenire oneri risarcitori, che la legislazione e la giurisprudenza determinano in senso geometricamente espansivo.

Negli atti di rendicontazione e nei monitoraggi gestiti dal Ministero della salute e da quello dell'economia e delle finanze non sono presenti stime globali del fenomeno degli interessi e dell'indebitamento conseguenti alle complesse procedure descritte: tuttavia, nei verbali del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti e nelle osservazioni degli advisor contabili dei piani di rientro, già la precedente indagine, esitata nella delibera n. 22/2009/G di questa Sezione, aveva posto in luce la presenza di consistenti partite per debiti di questa natura, nonché la continua rideterminazione delle pertinenti stime.

Per questo motivo, i numerosi monitoraggi gestiti in materia di debito sanitario dovrebbero assumere la tipologia di transazione in esame quale riferimento essenziale per la vigilanza sull'andamento dei conti e della situazione economica delle aziende.

Analogamente, dovrebbe essere prescritto, per ciascun ente attuatore di interventi infrastrutturali, un conto finale in grado di riepilogare i rapporti finanziari inerenti alle risorse impiegate e di conciliare le pertinenti risultanze con le allocazioni contabili di tutti gli enti finanziatori. Detto conto dovrebbe ricomprendere per intero le spese realizzate, dalle progettazioni al collaudo, con puntuale inserimento anche degli oneri da ritardato pagamento e da contenzioso amministrativo, arbitrale e giurisdizionale.

In tal modo, si avrebbero notizie fondamentali da confrontare con i costi standard che in futuro dovrebbero – ancor più di oggi – dominare la valutazione della spesa sanitaria.

9. Monitoraggi e metodologie di valutazione degli interventi

Nel corso del tempo si sono succeduti vari interventi tesi a monitorare e a valutare l'andamento attuativo della legge n. 67/88: dalla tradizionale vigilanza del MEF-RGS sull'andamento finanziario delle transazioni alla raccolta ed elaborazione dei dati da parte del Ministero della salute, la cui sintesi confluisce sull'apposito sito del Ministero stesso, sono state gestite complesse procedure per distillare dal variegato universo dei soggetti realizzatori le notizie essenziali da prendere a base sia per le concrete strategie di contrasto agli sprechi, sia per comporre il mosaico delle situazioni pendenti sul territorio.

Più recentemente è stata elaborata una metodologia per la valutazione ex ante, cosiddetta Me.xA, al fine di rendere omogenee le informazioni e l'approccio programmatico delle singole regioni.

La Me.xA ha una duplice valenza: supporto metodologico alle regioni per la formulazione dei documenti programmatici finalizzati alla sottoscrizione degli accordi di programma e strumento per la valutazione preventiva di detti documenti da parte del Nucleo di valutazione di verifica degli investimenti pubblici in sanità.

Il documento programmatico è composto da cinque componenti chiave⁹⁶ per verificare la solidità e sostenibilità dei programmi, a loro volta articolati nella sommatoria degli interventi, la quale dovrebbe assumere un connotato organico e sinergico:

- a) analisi socio-sanitaria, economica e rispondenza della strategia rispetto ai bisogni identificati;
- b) logica e coerenza interna della strategia;
- c) coerenza della strategia con le politiche nazionali e regionali e con le strategie comunitarie;
- d) risultati attesi e valutazione degli impatti;
- e) sistema di attuazione del programma.

Il Ministero della salute rileva⁹⁷ che le amministrazioni regionali con una capacità programmatoria precaria trovano grandi difficoltà nell'elaborare documenti programmatici articolati conformemente alla predetta metodologia, peraltro necessaria per garantire la riqualificazione del patrimonio edilizio e tecnologico e ottimizzare dinamicamente servizi e costi, attraverso un'analisi di sostenibilità che ne rappresenti chiaramente la convenienza.

Proprio questa constatazione conferma la necessità che i descritti elementi, oggi "esterni" al procedimento di pianificazione in ambito regionale, siano incorporati nei programmi e nelle singole progettazioni che li riguardano, quali elementi propedeutici ed indefettibili, anche al fine di determinare la debenza delle spese tecniche dei progettisti.

Infatti, dalla istruttoria compiuta e sinteticamente riferita nei precedenti paragrafi, emerge che nelle realtà più precarie vengono affrontati oneri progettuali senza alcun esito in termini di ammissione a finanziamento e realizzazione degli interventi, proprio perché i singoli progetti vengono intesi come sommatoria di contenuti da inserire nel programma piuttosto che coerenti percorsi di specificazione degli indirizzi regionali, a loro volta in sintonia con gli indirizzi strategici nazionali e comunitari.

In definitiva, questi profili metodologici, se del caso semplificati in ossequio al principio per cui le realtà più degradate devono essere ricondotte gradualmente alla fisiologia, dovrebbero trovare concreta attuazione, anche sotto il profilo della fattibilità, fin dal loro inserimento negli accordi di programma.

Ciò attraverso una filiera congruente che dal programma stesso arrivi a specificare in modo analitico interventi e costi che lo compongono.

In tal modo, l'inadempienza di alcune realtà regionali potrebbe trovare rimedio in interventi sostitutivi che avrebbero riferimenti meno vaghi di quelli che vengono spesso attribuiti ai commissari.

⁹⁶ Così la nota prot. N. 14335-P del 28/04/2011.

⁹⁷ Così la nota prot. N. 14335-P del 28/04/2011.

Se le metodologie Me.xA e quelle impiegate dal Nucleo di valutazione di verifica degli investimenti pubblici in sanità appaiono sicuramente conformi alle più avanzate pratiche di valutazione preventiva, non può sottacersi che rilevanti carenze si riscontrano nella valutazione ex post, quella in grado di confrontare il rispetto del metodo e la sua eventuale bontà in ragione dei risultati raggiunti.

Sotto questo profilo appare indispensabile che le sofisticate analisi previste in sede preventiva trovino uno speculare riscontro nel realizzato, anche al fine di dimostrare la loro intrinseca validità.

Non vi è dubbio, infatti, che in questi complessi settori, ove valutazioni di ordine scientifico, sociale ed economico devono essere organicamente conciliate, qualsiasi prospettazione teorica deve trovare riscontro nella sua attuazione, anche al fine di eventuali correzioni e semplificazioni ispirate dalla concreta esperienza.

Allo stato non esistono margini di certezza circa la piena funzionalità delle opere e investimenti realizzati. Soprattutto non esiste un quadro generale di verifiche che possano testimoniare la organicità degli interventi realizzati e la assenza di iniziative episodiche, sopravvissute in qualche modo al vaglio dei controlli preventivi effettuati sulla base delle descritte modalità della pianificazione negoziata.

Per quel che riguarda le risultanze della presente istruttoria, le stesse hanno consentito di verificare a campione che l'emissione dei mandati di pagamento dello Stato è avvenuta sulla base di documentazione regionale contenente gli stati di avanzamento presentati dai soggetti beneficiari⁹⁸.

In considerazione del fatto che i programmi realizzati sono di interesse nazionale, vivendo tra l'altro sul prevalente contributo statale, le regioni interessate dovrebbero predisporre un rendiconto globale circa i risultati conseguiti, precisando analiticamente gli interventi conclusi e collaudati e lo stato di quelli in itinere.

10. Valutazioni in relazione ai principi dell'equità contributiva e della perequazione infrastrutturale

Nella materia oggetto della presente indagine emergono chiari i rapporti con fondamentali precetti costituzionali, tra cui quello dell'articolo 119, quinto comma, il quale valorizza la promozione dello sviluppo economico, della coesione e della solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali e per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona: la stessa Carta costituzionale prevede la destinazione di risorse statali

⁹⁸ E' stato effettuato un riscontro a campione (anni 2009-2010) sulla documentazione legittimante i pagamenti (sono stati esaminati i mandati n. 4 del 29/01/2009, n. 5 del 5/02/2009, n. 6 del 9/02/2009 n. 31 del 6/03/2009, n. 78 del 25/05/2009, n 102 del 26/06/2009, n. 152 del 23/09/2009, n. 188 del 26/11/2009, n. 197 del 1/12/2009, n. 72 del 17/06/2010) dai quali è emerso un fisiologico rapporto tra spese per lavori e spese generali.

aggiuntive nonché il finanziamento di interventi speciali destinati alle popolazioni residenti sui territori più disagiati.

Nella stessa direzione si muove il precetto contenuto nella legge n. 42/09, di delega per l'attuazione del federalismo, il quale contempla l'utilizzazione di risorse aggiuntive, rispetto a quelle provenienti dal prelievo fiscale e contributivo dei territori regionali, al fine di sviluppare le aree depresse, in prospettiva del superamento del dualismo economico del Paese.

Le amministrazioni statali interessate all'attuazione della legge n. 67/88 sembrano percepire detta disposizione in modo avulso dai precetti costituzionali e dai principi generali precedentemente richiamati: secondo il loro assunto, la legge dovrebbe essere intesa in modo circoscritto agli obiettivi originariamente previsti e la sua attuazione sarebbe fisiologicamente proporzionata, negli effetti raggiunti, al diverso grado di efficienza delle regioni coinvolte.

Come già precisato, tale posizione non può essere condivisa.

Innanzitutto già l'art. 20, comma 1, lett. a) della legge n. 67/88 individua quale obiettivo prioritario il «*riequilibrio territoriale delle strutture, al fine di garantire una idonea capacità di posti letto anche in quelle regioni del Mezzogiorno dove le strutture non sono in grado di soddisfare le domande di ricovero*».

Peraltro, la legge in questione costituisce, allo stato delle cose, l'unico intervento dello Stato finalizzato alle infrastrutture sanitarie, comportante materiale spostamento di fondi dallo Stato stesso alle regioni. Il resto della spesa sanitaria di tale tipo rientra nelle competenze proprie delle regioni, in quanto tali finanziate da risorse proprie delle regioni stesse.

Ne consegue che sia la disposizione letterale della legge n. 67/88, sia la sua interpretazione evolutiva alla luce del nuovo titolo V della Costituzione e della legge n. 42/09, impongono di tenere conto della perequazione infrastrutturale e della necessità di investire in settori idonei a migliorare i servizi nelle aree in cui occorre assicurare i livelli minimi di assistenza.

Infatti, la legge delega in materia di federalismo n. 42/09 contempla lo stanziamento di risorse aggiuntive al fine di sviluppare le aree depresse, in prospettiva del superamento del dualismo economico del Paese.

La stessa legge prevede anche interventi di perequazione infrastrutturale⁹⁹; categoria alla quale appartengono le gestioni oggetto della presente indagine.

⁹⁹ Cfr. Art. 16, comma 1, lettera a) della legge n. 42/09: " ... gli interventi finalizzati agli obiettivi di cui al quinto comma dell'articolo 119 della Costituzione sono finanziati con contributi speciali dal bilancio dello Stato, con i finanziamenti dell'Unione europea e con i cofinanziamenti nazionali, secondo il metodo della programmazione pluriennale. I finanziamenti dell'Unione europea non possono essere sostitutivi dei contributi speciali dello Stato;" Art. 16, comma 1, lettera d) della legge n. 42/09: "...individuazione di interventi diretti a promuovere lo sviluppo economico, la coesione delle aree sottoutilizzate del Paese e la solidarietà sociale, a

Gli effetti attuativi della legge non sembrano andare in tal senso: soprattutto i flussi finanziari denotano tendenzialmente uno spostamento di risorse verso le regioni più ricche, giocando il quadro critico delle inefficienze a danno delle comunità più povere.

Su queste ultime, nelle regioni sottoposte ai piani di rientro, grava inoltre un maggiore onere contributivo finalizzato a garantire il riequilibrio dei conti.

Oltre alla penalizzazione emergente dal trasferimento delle somme destinate all'edilizia sanitaria, alcuni territori regionali devono infatti affrontare le penalizzazioni fiscali collegate ai bilanci sanitari dissestati: l'aumento delle aliquote fiscali (IRAP + 0,15% e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso + 0,30%), oltre al blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale e il divieto di effettuare spese non obbligatorie. Ciò, fermo restando l'obbligo della copertura integrale dei disavanzi: è evidente che senza manovre di tipo strutturale e senza investimenti, al di là delle intenzioni del Legislatore, lo scenario applicativo si concreta in senso diametralmente opposto.

Come è noto, infatti, l'art. 2, comma 86, della L. n. 191/09 ha disposto il blocco automatico del turn over e il divieto di effettuare spese non obbligatorie ai sensi dell'art.1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, nel caso in cui i competenti tavoli tecnici di verifica d'attuazione dei piani accertino il venir meno delle condizioni che hanno determinato l'applicazione delle citate misure eccezionali.

La vigenza della norma viene confermata indirettamente dal d.l. n. 125/2010, convertito nella legge n. 163/2010, concernente "misure urgenti per il settore dei trasporti e disposizioni in materia sanitaria", il cui art.2, comma 2 bis, prevede che nelle regioni sottoposte ai piani di rientro¹⁰⁰ le misure penalizzanti possano essere rimosse soltanto una volta che i tavoli tecnici di verifica dei medesimi piani abbiano accertato, entro il 31 ottobre 2010, il venire meno delle condizioni che hanno determinato l'applicazione delle misure restrittive.

Il principio dell'equità contributiva opera nel senso di prevedere una proporzione tra il prelievo fiscale e la qualità- quantità dei servizi offerti.

Nella materia delle infrastrutture e dei servizi sanitari, invece, l'orientamento sembra di tipo opposto, poiché alla penalizzazione in termini tributari dei contribuenti delle regioni dissestate non corrisponde nessun impiego aggiuntivo di risorse destinate allo sviluppo.

Anzi, non viene neppure assicurato il tempestivo trasferimento del maggior gettito contributivo delle regioni soggette ai piani di rientro ai pertinenti bilanci.

rimuovere gli squilibri economici e sociali e a favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona; l'azione per la rimozione degli squilibri strutturali di natura economica e sociale a sostegno delle aree sottoutilizzate si attua attraverso interventi speciali organizzati in piani organici finanziati con risorse pluriennali, vincolate nella destinazione".

¹⁰⁰ Cfr. allegato F.

La Sezione regionale di controllo del Lazio già osservava nel 2009 (delibera n. 16/2010/FRG) che, in ordine alla utilizzazione del gettito derivante dalla maggiorazione IRAP, la Regione ha lamentato una scarsa attenzione al rispetto del vincolo di destinazione di tale prelievo fiscale¹⁰¹.

Nel corso dell'adunanza il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze ha confermato che, allo stato delle cose, alle regioni interessate ai piani di rientro è stato somministrato circa un terzo del prelievo fiscale aggiuntivo applicato ai relativi territori.

La concatenazione delle suddette vicende produce, a ben vedere, risultati opposti al perseguimento della perequazione e dell'equità contributiva, facendo ricadere la inadeguatezza dei contesti politico-amministrativi di riferimento sul cittadino residente in questi territori.

Si pone quindi il problema di modificare il processo attuativo della legge, tenendo conto della sostanziale contraddizione tra obiettivi attesi e risultati conseguiti, fissando alcuni limiti base al regime dei flussi finanziari che dallo Stato passano alle regioni unitamente alla garanzia di un regime fiscale in grado di far ricadere sui territori più svantaggiati le maggiori risorse dei prelievi.

Le osservazioni di questa Corte rimangono sostanzialmente neutrali rispetto agli strumenti utilizzati ed utilizzabili, costituendo un semplice richiamo alla coerenza dei risultati con gli obiettivi delle norme di riferimento. Quindi, sia che si ritenga di confermare le fisiologiche competenze delle regioni, sia che si intenda implementare i commissariamenti nelle situazioni di maggiore inefficienza e inefficacia, sia che si vogliano perseguire strade ulteriori, alcuni parametri di riferimento devono regolare i flussi finanziari ed il prelievo contributivo, secondo i precetti costituzionali e la stessa norma ultradecennale che continua a regolare la materia.

Certamente si rende indefettibile un rimedio alla disarticolazione che nelle realtà più problematiche caratterizza i rapporti tra Stato, regioni, aziende, operatori sanitari e portatori di interessi qualificati.

Mette conto, in tal senso, richiamare anche le norme della riforma, cosiddetta Brunetta, d.lgs. n. 150/09¹⁰², nella parte in cui prevede il coinvolgimento dei vari portatori di interesse nelle valutazioni e nelle decisioni che riguardano la cura degli interessi generali.

¹⁰¹ La Regione Lazio, richiamato il surriferito quadro normativo, ha osservato che la manovra fiscale regionale è destinata, per legge statale, alla copertura del disavanzo sanitario dell'anno precedente, e che il trasferimento del gettito delle manovre regionali del mese di dicembre 2009, da erogare a gennaio 2010, è stato subordinato, da parte della Ragioneria Generale dello Stato, alla regolazione delle anticipazioni erogate nel corso del 2009. Poiché il meccanismo di recupero delle anticipazioni non distingue tra gettito destinato al finanziamento del SSR e gettito riferito alle manovre, destinato alla copertura del disavanzo sanitario, ne consegue un utilizzo improprio delle risorse della manovra regionale destinate alla sola copertura dei disavanzi sanitari.

¹⁰² Cfr. art. 11 - Trasparenza - del d.l.vo n. 150/2009.

Essendo le dotazioni infrastrutturali strettamente serventi alla quantità e qualità dei servizi, la progettazione dell'intero contesto operativo dovrebbe essere di natura integrata, in modo da confrontare i profili economici, tecnici e finanziari con il punto di vista degli operatori sanitari, dei pazienti e dei cittadini.

Questa pianificazione integrata dovrebbe avvenire in tempi rapidi e con modalità contestuali in modo da confluire in decisioni chiare ed univoche, idonee ad una puntuale esecuzione e a ispezioni e verifiche sul campo, in grado di avere parametri progettuali di raffronto certi e definiti.

Considerato, poi, l'inasprimento delle difficoltà connesse al reperimento delle risorse da destinare ad infrastrutture, occorrerebbe che gli interventi finanziati dallo Stato fossero decisi in modo selettivo secondo le priorità del Legislatore, indirizzando adeguate risorse alle regioni in difficoltà, in relazione alle quali la pianificazione nazionale contempla reali possibilità di sviluppo e implementazione dei servizi sanitari.

Le osservazioni riconducibili al maggior rispetto del quadro costituzionale e programmatico non comportano certamente una attenuazione del principio di responsabilizzazione delle amministrazioni regionali interessate agli squilibri strutturali.

La vigilanza ed un adeguato sistema sanzionatorio delle inefficienze devono campeggiare con modalità prioritarie rispetto alle vaste problematiche che la materia dei servizi sanitari propone.

Tuttavia, sanzioni e incentivi dovrebbero essere maggiormente diretti al contesto politico ed amministrativo piuttosto che alle popolazioni residenti, in modo da accompagnare più incisivamente il processo di risanamento.

Attraverso la separazione dei contesti politico-amministrativi e dell'utenza, potranno essere conciliati e correttamente perseguiti gli obiettivi primari provenienti dalla nostra legislazione di vertice.

E' bene chiarire tuttavia che un simile sforzo di adeguamento ai principi sostanziali della legislazione deve passare anche attraverso la razionalizzazione delle norme di dettaglio e degli stessi accordi di programma, prevenendo contraddizioni ed anfibologie che pesano sulle amministrazioni statali e regionali coinvolte nell'attuazione dei programmi.

11. Osservazioni e raccomandazioni

Il presente paragrafo riassume i profili critici emersi nel corso dell'indagine, proponendo osservazioni e raccomandazioni finalizzate a migliorare aspetti normativi e gestionali del contesto amministrativo oggetto di sindacato.

Esse sono rivolte al quadro organizzativo e procedimentale inteso nel suo complesso, coinvolgendo azioni ed interrelazioni realizzate dalle amministrazioni e dalle aziende sinergicamente deputate al raggiungimento degli scopi di legge.

Pertanto, vengono sintetizzate, da un lato, le valutazioni critiche sulla gestione delle risorse e degli adempimenti sottesi al loro impiego; dall'altro, sono formulate osservazioni inerenti all'impatto di alcune norme contenute nelle leggi e negli accordi di programma che non hanno prodotto gli effetti attesi, in alcune situazioni contribuendo ad amplificare i problemi esistenti.

Le questioni appresso riassunte sono analiticamente sviluppate nel corso della relazione e a tali analisi si rinvia per una migliore puntualizzazione, in diritto ed in fatto, dei percorsi logici qui necessariamente sintetizzati.

Le osservazioni e le criticità emerse possono dunque essere così riassunte:

- a) nella esecuzione del programma infrastrutturale in esame hanno avuto notevole impatto le norme riguardanti la stabilità dei conti e la verifica dei vincoli di finanza pubblica. Questa influenza aumenta geometricamente in ragione del complesso procedimento che va dalla deliberazione CIPE alla materiale assunzione degli impegni. Al fine di evitare effetti pregiudizievoli nella puntuale utilizzazione di risorse, già scarse in relazione alle finalità sottese, il preminente interesse nazionale alla stabilità dei conti andrebbe bilanciato con le priorità e le esigenze della sanità, anche attraverso uno snellimento delle fasi di verifica e controllo e l'adozione di criteri selettivi per privilegiare le realtà maggiormente bisognose di interventi;
- b) gli obiettivi della legislazione che regola la materia oggetto della presente indagine appaiono congruenti con l'evoluzione legislativa più recente ed in particolare con le norme del titolo V della Costituzione e di quelle della legge delega n. 42/09 in materia di federalismo. Ciò con particolare riguardo al principio di perequazione infrastrutturale e di implementazione degli investimenti finalizzati ad assicurare livelli assistenziali minimi;
- c) a fronte di una legislazione finalizzata ad implementare capacità progettuali e di pianificazione, i risultati raggiunti nella seconda fase del piano infrastrutturale appaiono insufficienti e talvolta contraddittori rispetto alle finalità del complesso ordito normativo che regola la materia sanitaria;
- d) le misure normative adottate negli anni 2000 per adeguare il contesto operativo ai principi della riforma del titolo V della Costituzione si sono concentrate soprattutto verso un contesto di leale collaborazione e negoziazione degli obiettivi infrastrutturali tra lo Stato e le regioni interessate. In questo scenario hanno assunto un ruolo centrale gli accordi di programma aventi ad oggetto

l'utilizzazione delle risorse assegnate dal CIPE ai diversi ambiti regionali. Sono state gestite, invece, al di fuori degli accordi di programma le risorse destinate agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ai policlinici universitari a diretta gestione, agli istituti zooprofilattici sperimentali e all'Istituto superiore di sanità;

- e) la notevole articolazione dei processi decisionali e negoziali attuativi del piano per l'edilizia sanitaria hanno, tuttavia, prodotto una tempistica inadeguata e sostanzialmente svincolata dai cronoprogrammi degli interventi previsti nei piani oggetto degli accordi tra Stato e regioni. Più rapida e meno problematica è risultata invece l'attività degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ai policlinici universitari a diretta gestione, agli istituti zooprofilattici sperimentali e all'Istituto superiore di sanità i quali hanno potuto gestire le somme messe a disposizione dal CIPE in modo più snello e diretto, evitando interposizioni operative suscettibili di implementazione dei tempi programmati;
- f) è stata accertata una rilevante differenziazione delle modalità con cui lo Stato è intervenuto a finanziare i piani regionali: per alcune regioni il finanziamento statale ha raggiunto il massimo consentito dalla legislazione (il 95%), per altre si è attestato in misura vicina al 70%. Sotto questo profilo va segnalata l'esigenza che la discrezionalità sottesa all'adozione di diverse percentuali di contribuzione sia corredata da puntuale ostensione dei criteri che la giustificano. Ciò anche in considerazione del fatto che le decisioni in esame riguardano la delicata materia delle relazioni finanziarie tra Stato e autonomie territoriali;
- g) le risorse stanziare sul bilancio dello Stato non sono state mai utilizzate nell'anno di competenza e, in alcuni casi, sono state attivate a distanza di oltre un triennio dal loro stanziamento. Il Ministero della salute e quello dell'economia e delle finanze ritengono fisiologici detti ritardi in relazione al complesso iter normativo che dalla pianificazione regionale conduce agli accordi di programma, alla determinazione dei singoli interventi, al loro avvio e alla fase conclusiva delle verifiche. Questa Corte ritiene che il complesso procedimento possa essere snellito approvando accordi di programma già dettagliati, in grado di essere immediatamente eseguiti, una volta conclusa la negoziazione tra Stato e regioni;
- h) infatti, la subordinazione del finanziamento agli esiti degli accordi di programma e il farraginoso meccanismo sotteso al perfezionamento degli stessi, a sua volta propedeutico alla specificazione dei progetti di intervento, ha incrementato, nei territori meno efficienti, fenomeni di scarsa, se non addirittura di mancata, utilizzazione di buona parte delle risorse. La possibilità di reimpiegare i contributi

precedentemente revocati non si è rivelata sufficiente a sopperire tali disfunzioni;

- i) si è venuto a creare un profondo scollamento finanziario tra le somme stanziato dalle leggi succedutesi nel tempo, quelle applicate ai bilanci triennali ed annuali, quelle tradotte in accordi e quelle materialmente utilizzate nella fase attuativa degli stessi;
- j) per quel che riguarda le rare formule di finanza di progetto adottate per valorizzare la produttività del contributo statale, le fattispecie negoziali relative a tali interventi risultano schematizzate in modo vago ed impreciso e, soprattutto, non sono individuate né le singole prestazioni, né la pertinente stima economica degli interventi a carico dei privati e dei rischi eventualmente assunti da questi ultimi. Nella buona sostanza non sembra trattarsi di fattispecie in linea con i modelli di partenariato pubblico-privato che la disciplina comunitaria consente in questo particolare ambito di commesse;
- k) in definitiva, pur in presenza di obiettivi legislativi intesi a razionalizzare e a garantire una corretta pianificazione, sia le disposizioni di dettaglio di questi ultimi, sia le prassi attuative hanno comportato l'aggravarsi delle precedenti disfunzioni nell'utilizzazione delle risorse: dal mero finanziamento a pioggia si è arrivati al finanziamento episodico, raramente caratterizzato da validi cronoprogrammi attuativi;
- l) ad oggi una elevata percentuale, pari al 42,27 delle somme stanziato, non è ancora confluita negli accordi di programma;
- m) gli stessi accordi di programma sottoscritti sono stati realizzati solo in parte. L'attività di monitoraggio del Ministero della salute si concentra soprattutto sui profili finanziari. Sono stati peraltro istituiti dei sistemi di valutazione ex ante, i quali vengono ora applicati alle nuove proposte presentate dalle regioni;
- n) la Corte dei conti osserva che i contenuti metodologici degli esposti sistemi di valutazione, opportunamente semplificati, dovrebbero confluire nelle regole tecniche di pianificazione e progettazione dei singoli interventi, al fine di evitare oneri tecnici improduttivi per carenze accumulate sotto gli esposti profili e tempi di negoziazione e rettifica di quadri progettuali relativi a programmi, già confluiti in modo incompleto negli accordi di programma;
- o) per quel che riguarda la gestione dei contratti da parte delle aziende sanitarie, i procedimenti amministrativi attuali creano ritardi incompatibili con la disciplina dell'adempimento delle obbligazioni da parte dei committenti pubblici. I tempi di adempimento delle obbligazioni da parte delle aziende sanitarie sono strutturalmente in contrasto con le prescrizioni di legge, originando

- inevitabilmente ulteriori oneri a carico delle aziende stesse. Ne deriva la necessità di istituire procedure più brevi e adeguate all'esigenza di soddisfare i creditori ed evitare ulteriori pregiudizi per i committenti;
- p) gli accordi dovrebbero comporsi di progetti stimati e definiti economicamente e nel tempo prima della loro deduzione nel patto stipulato tra Governo e autonomie territoriali. In tal modo essi potrebbero essere avviati immediatamente dopo la stipula dell'accordo stesso;
 - q) di difficile risoluzione appare il ritardo sotto il profilo strategico e organizzativo di alcune amministrazioni regionali ed aziende sanitarie rispetto al conseguimento degli obiettivi primari della legislazione. Si pone l'esigenza di rivalutare i processi negoziali, amministrativi ed attuativi ora in essere, al fine di porre rimedio all'aggravarsi delle situazioni di arretramento dei territori meno muniti;
 - r) all'interno di aree sostanzialmente omogenee in termini demografici ed economici, si verificano rilevanti sperequazioni nei flussi finanziari che trasferiscono risorse dallo Stato alle regioni. Le cause di tale fenomeno andrebbero approfondite, al fine di evitare che i trasferimenti a carico dell'erario vengano a premiare alcune aree rispetto ad altre, dotate di analoghe caratteristiche e qualità dei servizi;
 - s) le erogazioni finanziarie testimoniano che alcune regioni, già soggette alle misure fiscali di sfavore, in ragione della problematica situazione dei piani di rientro, vengono ulteriormente penalizzate sotto il profilo dei flussi finanziari statali destinati agli investimenti. La combinazione dei meccanismi normativi ed amministrativi non pare improntata al principio dell'equità contributiva e della perequazione infrastrutturale. Occorre individuare meccanismi tendenti a penalizzare le deficienze burocratiche piuttosto che gli utenti dei servizi e i contribuenti delle aree territoriali più arretrate;
 - t) il limitato gettito fiscale di alcuni territori non può supplire alla carenza di risorse per investimenti, unico antidoto per rimediare ai deficit strutturali di queste aree;
 - u) appare probabilmente utile fissare con norme specifiche il principio del federalismo solidale, prescrivendo che le erogazioni finanziarie annuali rispettino alcuni parametri di somministrazione per tutelare i territori più deboli. Peraltro, non dovrebbe essere abbandonato il principio di responsabilizzazione delle amministrazioni relative ai territori regionali soggetti a squilibri e disfunzioni. Sanzioni e incentivi dovrebbero essere diretti al contesto politico ed amministrativo piuttosto che alle popolazioni residenti, in modo da

accompagnare più incisivamente il processo di risanamento senza gravare ulteriormente chi già subisce il gap infrastrutturale ed organizzativo in questione;

- v) sembra indefettibile la riorganizzazione e il miglioramento della informazione amministrativa e contabile dei fenomeni gestionali sottesi all'attuazione del programma di edilizia sanitaria. Per quel che riguarda i singoli interventi, il loro stato di avanzamento e le cause alla base di revoca dei finanziamenti il Ministero della salute non sembra aver perfezionato la funzione di monitoraggio, elemento indispensabile per assumere decisioni in tempo reale ed eventualmente rimediare tempestivamente alle distorsioni emergenti. Esso sembra piuttosto impegnato ad implementare tecniche e metodologie di valutazione preventiva, le quali sono indubbiamente utili per chiarire percorsi programmatori ottimali, ma dovrebbero maggiormente parametrarsi con la concreta fattibilità e la semplificazione degli snodi operativi teorizzati;
- z) considerata la complessità delle relazioni finanziarie tra le amministrazioni interessate all'attuazione del programma, dovrebbe essere prescritto, per ciascun ente attuatore di interventi infrastrutturali, un conto finale in grado di riepilogare i rapporti inerenti alle risorse impiegate e di conciliare le pertinenti risultanze con le allocazioni contabili di tutti gli enti finanziatori. Detto conto dovrebbe ricomprendere per intero le spese realizzate, dalle progettazioni al collaudo, con puntuale inserimento anche degli oneri da ritardato pagamento e da contenzioso amministrativo, arbitrale e giurisdizionale.

In definitiva, in una materia che presenta un quadro di riferimento di valori normativi di vertice ben definito, la legislazione di dettaglio e la sua concreta attuazione, da parte dei soggetti interessati a realizzare gli investimenti e la infrastrutturazione sanitaria, non sembrano coerenti con i predetti assunti di vertice.

Il principio intangibile della tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, sancito nell'art. 32 della Costituzione, la sua declinazione nell'art. 117 della Costituzione sotto forma di tutela della garanzia delle prestazioni assistenziali minime, gli ulteriori riscontri di detti precetti nella legge n. 42/09 e nella normativa specifica del 1988 devono trovare, con il rispetto dei canoni della sana gestione finanziaria sanciti dal Legislatore comunitario e recepiti da quello nazionale, un opportuno e sinergico bilanciamento sia nella articolazione della disciplina di dettaglio che delle prassi attuative.

Il permanere delle contraddizioni e delle incongruenze accertate nel corso della presente indagine sono suscettibili di vanificare il perseguimento di questi obiettivi

primari, attraverso lo svuotamento conseguente al deficit di effettività delle politiche concretamente poste in essere.

Il magistrato estensore

Aldo Carosi