

**DOCUMENTO CONCLUSIVO DELL'INDAGINE CONOSCITIVA SULLA
RISTRUTTURAZIONE EDILIZIA E L'AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO DEL
PATRIMONIO SANITARIO PUBBLICO, ANCHE NEL QUADRO DELLA MISSIONE 6
DEL PNRR**

APPROVATO DALLA COMMISSIONE

(DOC. XVII, n. 2)

1. Premessa

L'articolo 20, comma 1, della legge 11 marzo 1988, n. 67, ha previsto l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi finalizzati alla ristrutturazione edilizia e all'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, nonché alla realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti.

Si tratta di un programma di spesa per investimenti in ambito sanitario (di seguito, "Programma") in piedi da oltre 30 anni e che nel tempo è stato finanziato più volte con risorse a carico del bilancio statale, per un totale di circa 34 miliardi di euro.

Negli anni sono state apportate diverse modifiche all'impianto normativo originario dell'articolo 20, al fine di accelerare l'esecuzione degli interventi, come, ad esempio, l'introduzione di termini specifici per loro attuazione, pena la revoca del finanziamento.

Nel corso del tempo, la Corte dei conti ha più volte posto l'attenzione sulle criticità connesse all'attuazione del Programma, quali la scarsa sollecitudine nella sottoscrizione degli accordi di programma, i ritardi nelle procedure istruttorie e i rallentamenti in fase di esecuzione delle opere, che comportano un pesante differimento nell'utilizzo di buona parte delle risorse stanziare in un ambito senz'altro strategico quale il Servizio sanitario nazionale^[1].

In particolare, la Corte ha rilevato - sia con indagini specifiche sia con analisi ed utili segnalazioni nel Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica - come non tutte le regioni abbiano portato avanti in maniera adeguata la programmazione degli interventi.

L'indagine conoscitiva ha inteso dunque anzitutto ricostruire in termini puntuali il concreto funzionamento della normativa vigente ed esaminarne i singoli aspetti applicativi, attraverso i contributi offerti dai soggetti istituzionali coinvolti, allo scopo di prospettare le possibili modifiche, funzionali al superamento delle numerose criticità e dei limiti riscontrati in relazione alla definizione e allo stato di attuazione degli accordi di programma di cui al citato articolo 20 della legge n.67 e successive modificazioni.

1.1. Le procedure per gli interventi in edilizia sanitaria.

L'articolo 20, comma 1, della legge n. 67 del 1988 autorizza un programma pluriennale di investimenti in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti, al fine di rispondere in maniera sempre più efficace alle necessità di salute della comunità e alle aspettative di operatori e utenti del servizio sanitario nazionale.

La norma stabilisce un limite massimo per il finanziamento statale del 95 per cento della spesa ammissibile risultante dal progetto, ponendo a carico delle Regioni la quota restante.

L'articolo 5-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, prevede che il Ministro della salute, nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dal citato articolo 20, *"acquisito il concerto con il Ministero dell'economia e finanze 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 e nei bilanci regionali, può stipulare 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"*.

Le regioni, quindi, utilizzano le risorse a loro assegnate ai sensi dell'articolo 20 attraverso la sottoscrizione di Accordi di Programma (di seguito anche 'AdP'), secondo quanto previsto al predetto articolo 5-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Esse possono presentare una proposta progettuale complessiva o individuare delle proposte parziali (cd. "stralci attuativi").

Le procedure per la sottoscrizione e l'attivazione degli AdP sono disciplinate dall'Accordo tra Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità", ad integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.

L'Accordo di Programma è costituito dai seguenti documenti, che devono essere predisposti concordemente dal Ministero della salute e dalla regione: il protocollo d'intesa; il documento programmatico; l'articolato contrattuale; le schede tecniche relative ai singoli interventi.

Il 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 rappresentante dell'ente interessato.

Il documento programmatico illustra, invece, 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. Per la formulazione del documento programmatico il Ministero della salute ha predisposto, d'intesa con le regioni e province autonome, una guida metodologica (MeXa), per rendere omogenee le informazioni e l'approccio programmatico illustrato dalle regioni.

Da un punto di vista procedimentale, il Programma di edilizia sanitaria si articola, pertanto, in diverse fasi:

1) programmazione regionale: la regione, svolta la dovuta ricognizione dei fabbisogni delle Aziende sanitarie, approva con delibera del Consiglio o della Giunta regionale l'elenco degli interventi programmati da inserire nell'accordo di programma, poi trasmesso al Ministero della salute per la relativa istruttoria;

2) predisposizione tecnica dell'Accordo di programma: in questa fase si realizza una programmazione concordata fra il Ministero della salute e la regione interessata per l'individuazione degli interventi di supporto delle politiche sanitarie del Paese e per l'integrazione delle aree di assistenza (ospedale e territorio). In tale ambito viene definito anche il quadro economico dell'accordo, in funzione dei progetti da realizzare puntualmente indicati. Lo schema di accordo è sottoposto alla valutazione del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della salute;

3) intesa sull'AdP in Conferenza Stato-Regioni;

4) sottoscrizione dell'AdP da parte di Ministero della salute, MEF e singola regione interessata: l'Accordo elenca tutti gli interventi da realizzare e il relativo quadro economico e finanziario. Una quota non inferiore al 5% del finanziamento è a carico della regione interessata, mentre lo Stato finanzia la restante parte;

5) adozione dei decreti del Ministero della salute di ammissione al finanziamento degli interventi in cui l'Accordo si articola e per i quali sia intervenuta la progettazione esecutiva. A seguito dell'ammissione a finanziamento le regioni/stazioni appaltanti avviano le gare d'appalto e realizzano le opere [\[2\]](#);

6) trasferimento progressivo del finanziamento del MEF-RGS alle regioni/agli altri enti per SAL (possibile anche acconti ai sensi del codice appalti).

Allo scopo di sbloccare risorse legate ad accordi fermi e di metterle a disposizione di investimenti più prontamente realizzabili, l'articolo 1, commi 310-312, della legge n. 266 del 2005 ha previsto la risoluzione degli Accordi limitatamente a quella parte di interventi che non viene attivata entro determinati termini, ed ha disposto che le revoche operate, a seguito di periodiche ricognizioni, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il MEF, liberino risorse di bilancio da utilizzarsi per la sottoscrizione di nuovi Accordi di programma. Resta sempre comunque impregiudicato lo spazio programmatico delle singole regioni. Numerosi decreti, in attuazione della richiamata disciplina, hanno revocato parti di accordi e rimesso a disposizione le correlate risorse finanziarie.

Una volta sottoscritto l'accordo, regioni e province autonome dispongono di un arco temporale di trenta mesi per presentare un progetto con il quale richiedere al Ministero della salute l'ammissione a finanziamento degli interventi e di diciotto mesi dall'ammissione al finanziamento (salvo proroga autorizzata dal Ministero della salute) per l'aggiudicazione delle procedure ad evidenza pubblica, pena la revoca dei corrispondenti impegni di spesa. Ad avvenuta autorizzazione le risorse statali possono essere erogate da parte del Ministero dell'economia e delle finanze per stati di avanzamento lavori.

I diagrammi di flusso riportati di seguito [\[3\]](#) evidenziano la procedura precedentemente descritta.

Tabella 1: Programmazione regionale

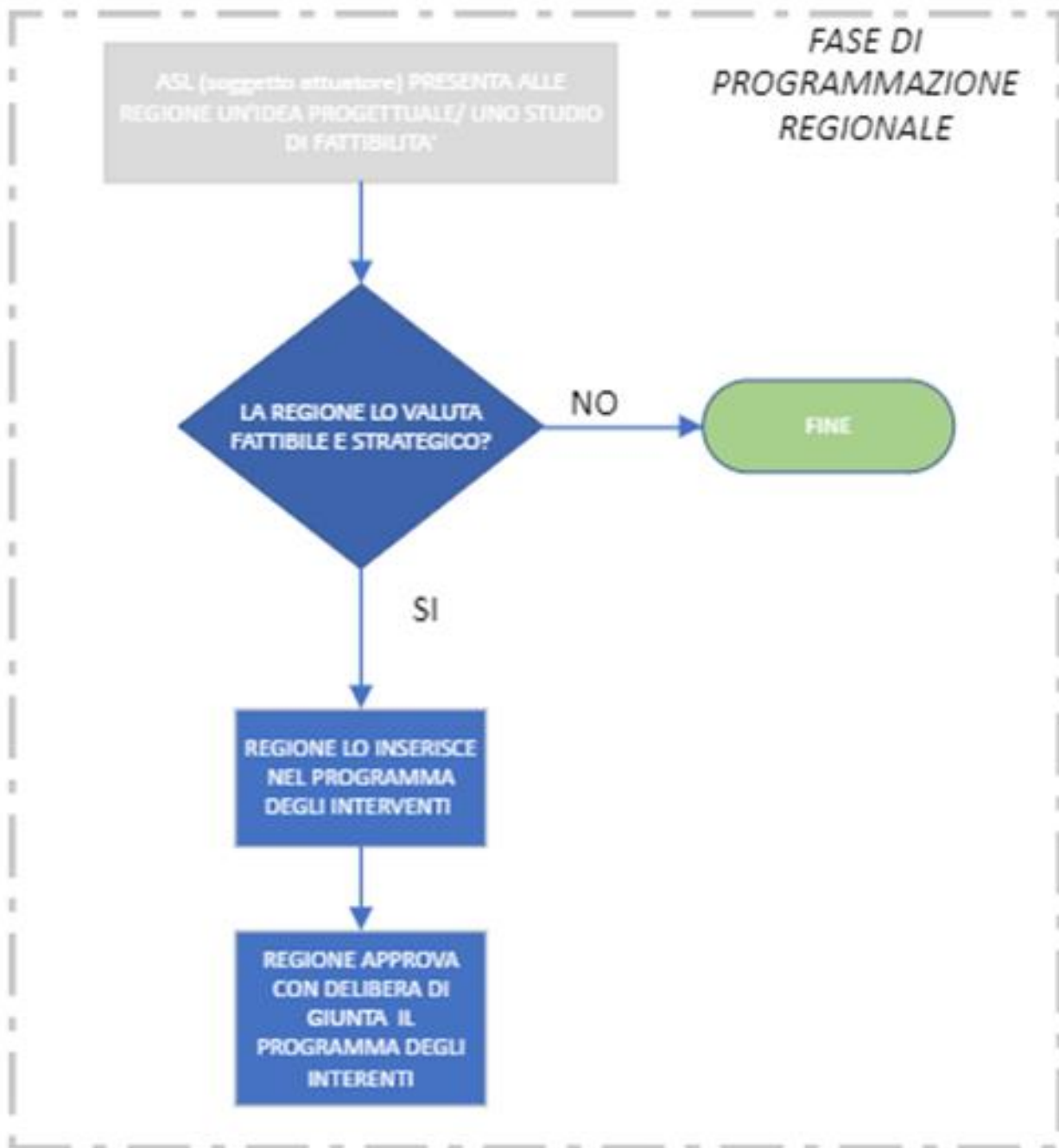


Tabella 2: Attivazione degli accordi di programma

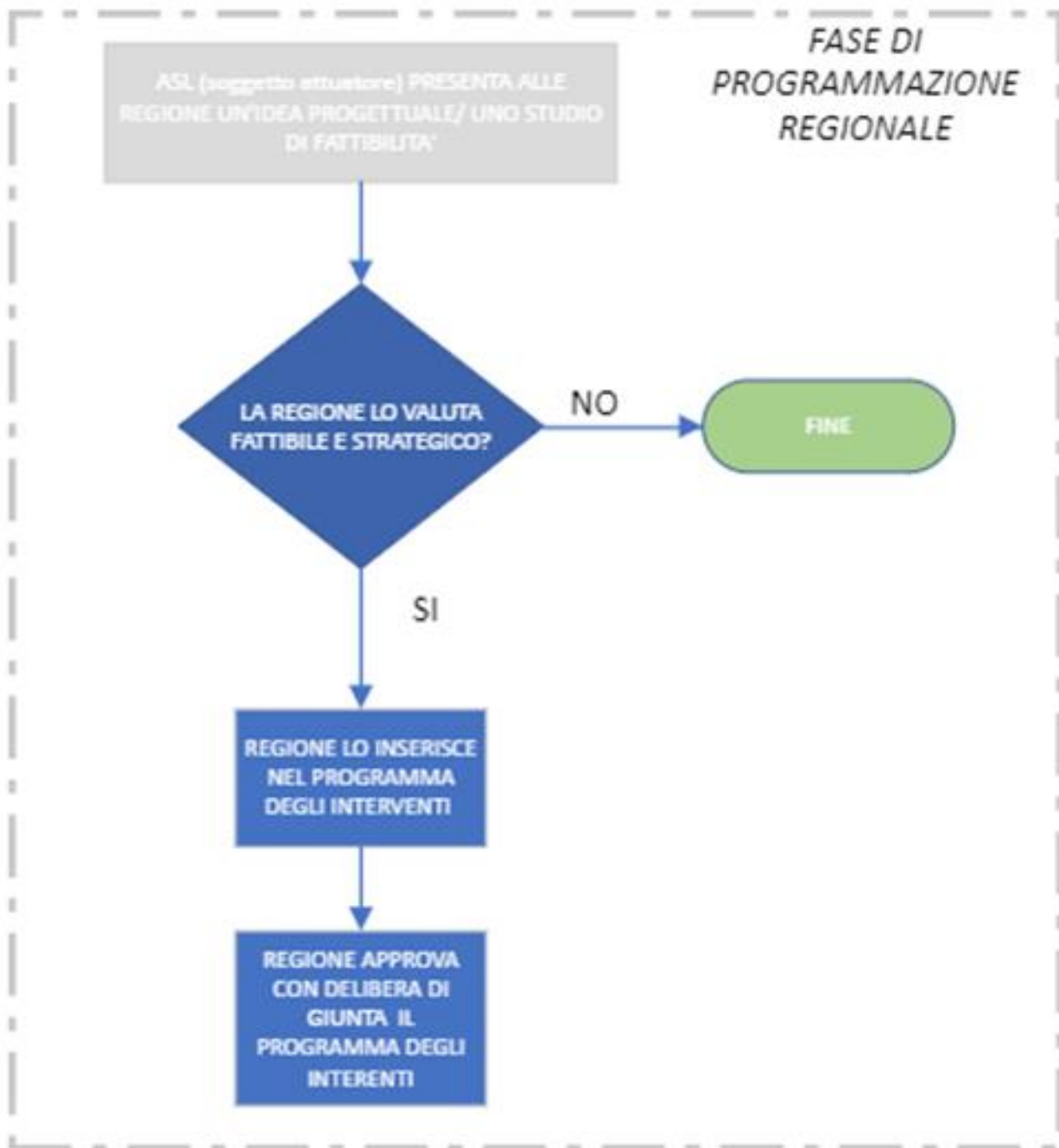
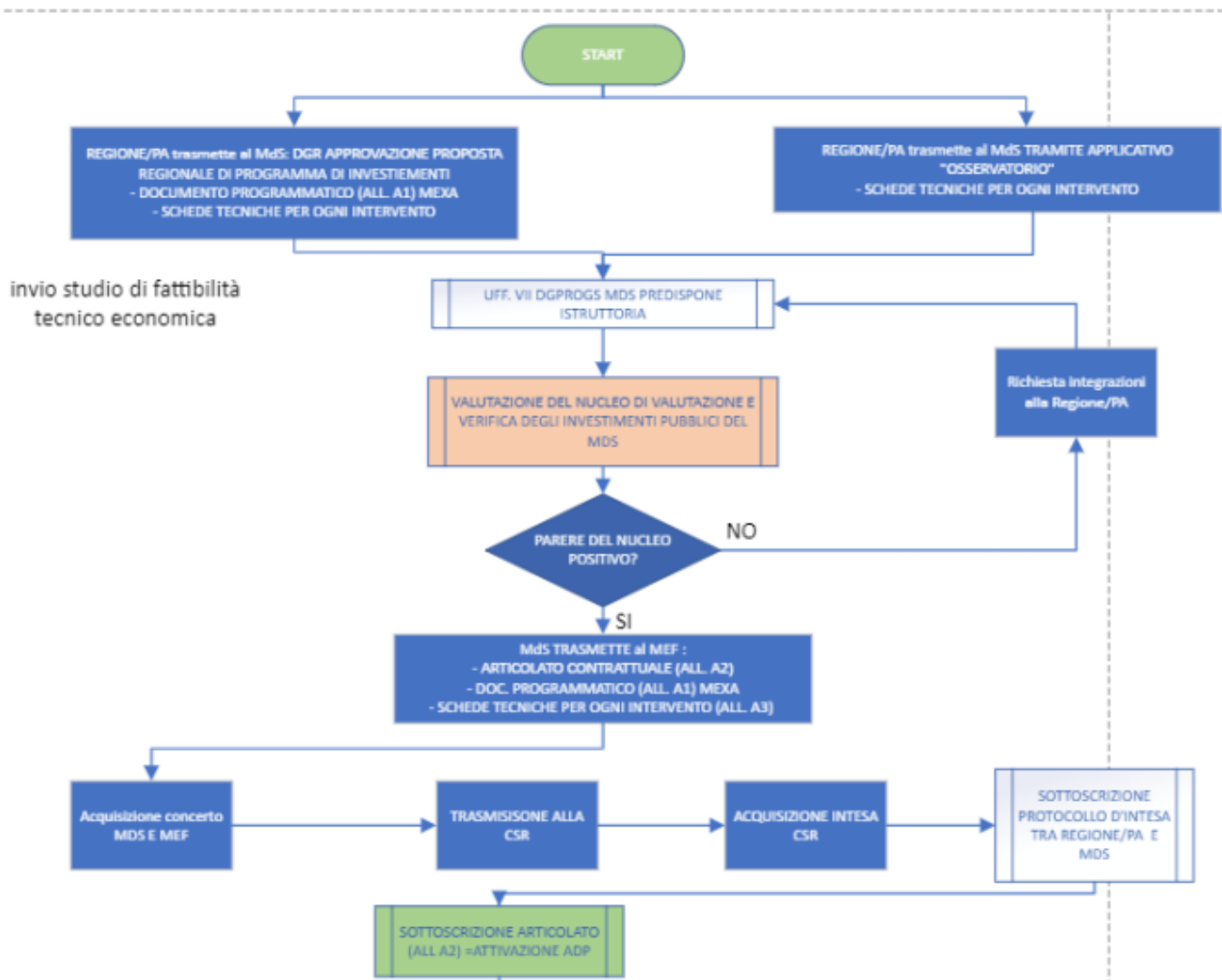


Tabella 3: Richiesta di ammissione al finanziamento



In considerazione di quanto osservato dalla Corte dei conti, il Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica e lo Sviluppo Sostenibile (CIPESS), con delibera CIPE 24 luglio 2019, n. 51, ha previsto che il Ministero della salute sia tenuto a presentare al Comitato una relazione annuale sullo stato di attuazione del programma complessivo di edilizia sanitaria.

A seguito delle osservazioni della Corte dei conti e dell'informativa del Ministro della salute del 14 aprile 2022, resa in merito allo stato di avanzamento del Programma, il CIPESS ha istituito il Tavolo tecnico interistituzionale in materia di edilizia sanitaria, riqualificazione ed ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.

Il Tavolo, coordinato dalla Presidenza del Consiglio dei ministri-DiPE, è composto da Ministero della Salute, Ministero dell'economia e delle finanze, AGENAS, Dipartimento per le politiche di coesione, Dipartimento per gli affari regionali, Dipartimento per la trasformazione digitale, dalla Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome e da Cassa depositi e prestiti ed ha dato avvio alle attività il 22 giugno 2022. Il CIPESS ha quindi affidato al Tavolo l'obiettivo di effettuare un'analisi delle criticità riscontrate dalle regioni che impediscono il pieno utilizzo delle risorse stanziare, nonché la realizzazione tempestiva degli investimenti, anche al fine di proporre possibili soluzioni per rendere più efficace il programma di spesa.

Nel 2022, il CIPESS, mediante il Tavolo interistituzionale citato ha audito le singole regioni per acquisire informazioni in merito alle criticità di sistema (al di là dei rallentamenti legati all'emergenza Covid), svolgendo un approfondito e proficuo confronto con le regioni.

1.2 Il programma di interventi in edilizia sanitaria ai sensi dell'articolo 20 della legge n. 67 e successivi rifinanziamenti

Il programma pluriennale ex art. 20 della legge n. 67 del 1988, articolato in più fasi, ha autorizzato un investimento che, con diversi atti normativi, è stato elevato a complessivi 34,1 miliardi di euro[4], suddivisi per linee di finanziamento e destinati a essere utilizzati mediante accordi di programma tra Ministero della salute, Ministero dell'economia e delle finanze, regioni e province autonome.

La prima fase di attuazione del Programma, attuata mediante l'accensione di mutui con oneri a carico del Ministero del Tesoro, si è conclusa nel 1996. A partire dal 1998, è stata avviata una seconda fase di investimenti, prevedendo altri programmi specifici su aspetti ritenuti particolarmente significativi per il raggiungimento dei medesimi obiettivi posti dal citato articolo 20, che costituisce la norma fondamentale in materia.

Alla data del 31 dicembre 2022, sono stati sottoscritti 91 AdP per 24,3 miliardi di euro, per un importo complessivo a carico dello Stato pari a 13,8 miliardi di euro, di cui 11,5 miliardi di euro ammessi a finanziamento (per 2.622 interventi complessivi), pari a circa l'83,18% delle risorse impegnate in accordi di programma sottoscritti[5].

Le risorse assegnate alle regioni al 31 dicembre 2022 e disponibili per la sottoscrizione di Adp ammontano a circa 10,9 miliardi di euro. Più nel dettaglio, osservando solo le regioni, sulla base delle richieste di pagamento pervenute, la RGS ha complessivamente trasferito 10,9 miliardi di euro (di cui circa 9 relativi all'attuazione degli Accordi di programma e la restante parte relativa alle ulteriori finalizzazioni previste dalle norme), come riportato nella tabella che segue:

Regione Piemonte 724.466.108,77 Regione Marche 370.883.371,35

Regione Autonoma Val D'Aosta 48.653.410,72 Regione Lazio 718.933.840,11

Regione Lombardia 1.994.243.556,08 Regione Abruzzo 176.081.313,18

Provincia autonoma di Bolzano 79.960.868,20 Regione Molise 34.879.047,63

Provincia autonoma di Trento 129.416.161,17 Regione Campania 378.698.871,39

Regione Veneto 1.110.414.429,14 Regione Puglia 562.606.861,24

Regione Friuli Venezia Giulia 191.608.858,71 Regione Basilicata 172.001.451,49

Regione Liguria 395.364.860,57 Regione Calabria 197.207.252,86

Regione Emilia Romagna 1.138.013.561,78 Regione Sicilia 1.016.622.795,42

Regione Toscana 978.668.081,61 Regione Sardegna 259.089.007,26

Regione Umbria 195.286.553,46 **TOTALE 10.873.100.262,14**

Come evidenziato nel corso delle rispettive audizioni dai rappresentanti della Corte dei conti[6] e del Ministero della salute[7], gli elementi quantitativi raccolti evidenziano che:

- l'impiego dei fondi in questione richiede tempi molto lunghi, che comportano pesanti ritardi nella realizzazione degli investimenti pubblici in edilizia sanitaria;
- la capacità di spesa delle regioni appare gravemente inficiata (risultano sottoscritti accordi per soli 13 miliardi di euro, pari al 56,6% delle risorse stanziare per la sottoscrizione degli accordi)[\[8\]](#).

In particolare, è eloquente il dato citato dai rappresentanti della stessa Corte dei conti, in base al quale, al 31 dicembre 2020, a fronte di 23,3 miliardi destinati alla sottoscrizione di accordi di programma, erano stati sottoscritti 86 accordi di programma, per un importo pari a 12,9 miliardi (ovvero poco più del 50 % delle risorse destinate).

Negli ultimi anni continua inoltre ad osservarsi un forte rallentamento nel funzionamento del Programma: dal 2020 al 2022 sono stati sottoscritti 6 accordi, portando a 91 il numero di quelli complessivamente sottoscritti dalle regioni, per un valore complessivo (al netto delle revoche) di 13,8 miliardi.

Le risorse ancora da utilizzare sono poco meno di 10,5 miliardi e rappresentano il 43 per cento delle somme attribuite al Programma. Un dato medio che, come evidenziato in audizione in Commissione dai rappresentanti della Corte dei conti nella seduta del 9 maggio 2023, nasconde diversità considerevoli tra regioni: sono ben 7 quelle che presentano risorse da utilizzare sopra la media, e 4, in particolare, hanno sottoscritto accordi per meno del 40 per cento delle somme disponibili. Il confronto tra lo stato del programma nel 2016 e quello degli anni più recenti conferma il rilievo delle somme non utilizzate: sono ben 10 le regioni che, pur avendo ottenuto il finanziamento per il complesso delle risorse degli accordi sottoscritti, non hanno portato avanti nuovi accordi.

2. I lavori della Commissione

L'indagine conoscitiva è stata deliberata dalla Commissione il 15 febbraio 2023. Ad essa sono state dedicate dieci sedute, nel corso delle quali sono stati ascoltati i rappresentanti di:

- Ragioneria generale dello Stato - Ispettorato generale per la spesa sociale (14 marzo 2023)
- Ministero della salute (15 marzo 2023)
- ANCE, OICE, SIAIS, CNI e CNAPPC (29 marzo 2023)
- AIFM e SIRM (4 aprile 2023)
- Conferenza delle Regioni (20 aprile 2023)
- CONSIP (26 aprile 2023)
- AGENAS (4 maggio 2023)
- Cassa Depositi e Prestiti e Corte dei Conti (9 maggio 2023)

nonché, infine, il Coordinatore del Tavolo tecnico interistituzionale per l'edilizia sanitaria (28 giugno 2023).

Durante le audizioni svolte in Commissione è stato fatto osservare da più parti un progressivo deterioramento della capacità delle singole regioni:

- di programmare gli investimenti e dunque giungere alla sottoscrizione degli AdP;
- di eseguire il procedimento tecnico-amministrativo conseguente alla sottoscrizione dell'AdP e diretto a pervenire al progetto esecutivo per ottenere il decreto di ammissione a finanziamento del singolo investimento;
- di gestire le gare, aggiudicare e realizzare le opere fino al relativo collaudo.

Si riportano di seguito le principali criticità emerse nel corso dell'indagine conoscitiva, le cui proposte di soluzione emerse nel corso delle audizioni saranno affrontate nel paragrafo successivo.

1) Carenze nella programmazione regionale dei fabbisogni e degli investimenti:

- in alcuni casi manca una programmazione di orizzonte pluriennale degli interventi di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico;
- discontinuità di indirizzo politico regionale: ripensamento/rivalutazione di progetti già definiti;
- assenza/carenza di una regia regionale;

2) carenze/assenza di una progettazione adeguata, antecedente alla sottoscrizione dell'AdP. Il rappresentante del Ministero della salute ha segnalato che spesso le regioni presentano documentazione scarna, confusa e non coordinata, con conseguente allungamento dei tempi di interlocuzione antecedente alla sottoscrizione dell'AdP;

3) ritardi nello svolgimento del programma, che si realizzano prevalentemente nei procedimenti di competenza regionale. Al riguardo, i rappresentanti del MEF-RGS in audizione hanno fatto rilevare che: *"se gli accordi di programma fossero sottoscritti quando la regione è tecnicamente e giuridicamente pronta a realizzare gli investimenti (quindi in presenza di progetti esecutivi e, in quanto tali, immediatamente appaltabili) l'istituto della revoca non avrebbe più ragione di esistere o comunque si ridurrebbe a rimedio di importanza residuale"*. Da ciò l'auspicio che la sottoscrizione degli AdP possa avvenire solo in presenza di progettazioni esecutive, allo scopo di evitare che, nei fatti, gli AdP si sostanzino in una *"valutazione del fabbisogno di investimenti (...) privi di un supporto progettuale utile alla fattiva realizzazione delle opere."*

4) lungaggini tra la fase della sottoscrizione dell'AdP e la progettazione esecutiva (appaltabile), che consente di ottenere il decreto di ammissione al finanziamento e l'avvio delle procedure di gara;

5) in alcuni casi, difficoltà di coordinamento fra la regione e i comuni per la localizzazione delle opere, con conseguente ritardo nell'adozione degli atti di competenza degli enti coinvolti;

6) la necessità di ricorrere nella fase esecutiva a numerose varianti, a causa di una cattiva progettazione;

7) inadeguatezze organizzative che coinvolgono tutte le fasi procedurali, dalla programmazione/progettazione fino all'esecuzione delle opere:

- insufficienza del personale tecnico in termini di consistenza numerica e in termini di competenza tecnica adeguata per redigere/verificare/gestire progetti e per la redazione dei bandi di gara/capitolati, etc e per lo svolgimento delle procedure di gara;

- scarso/assente coordinamento/monitoraggio regionale;

- scarsa/assente attenzione all'inclusione fra gli obiettivi dei direttori generali di obiettivi legati alla realizzazione degli investimenti;

8) generale contesto di incertezza normativa/giurisprudenziale;

9) interruzione dei procedimenti in varie fasi a causa di accessi agli atti/contenzioso;

10) difficoltà per alcune regioni a gestire linee di finanziamento diverse (nazionali, fondi europei, etc) con procedimenti amministrativi sottostanti differenti;

11) la legislazione vigente non prevede l'esercizio del potere sostitutivo statale in caso di mancato rispetto dei tempi di realizzazione degli investimenti, contrariamente a quanto avviene nel caso di squilibrio di bilancio sanitario regionale, ovvero in caso di accertamento di insufficiente erogazione dei livelli essenziali di assistenza (MEF-RGS);

12) complessità degli atti richiesti per sottoscrivere l'AdP.

2.2 Sintesi delle proposte emerse

Le soluzioni alle principali criticità emerse nel corso dell'indagine conoscitiva meritano una valutazione congiunta e un coordinamento con il Ministero della salute (che è comunque il responsabile della programmazione sanitaria nazionale), ma devono anche essere concordate con le regioni, che sono i soggetti deputati all'organizzazione e alla gestione del SSN che dovrebbero riorganizzare le aree tecniche dotandosi di adeguati strumenti di gestione operativa e manageriale degli investimenti.

Gli investimenti sanitari devono garantire il miglioramento e lo sviluppo del SSN mediante l'incremento e il costante mantenimento del patrimonio edilizio e delle attrezzature. A tal fine è necessario preliminarmente che ciascuna regione sia in condizione di svolgere e garantire:

- una valutazione dei fabbisogni territoriali (sulla base di dati informativi completi e affidabili) in un'ottica di equilibrata offerta sanitaria (integrazione fra l'offerta sanitaria ospedaliera e l'offerta sanitaria territoriale);

- l'identificazione e la graduazione delle priorità territoriali in un'ottica di breve e medio-lungo periodo; preliminari valutazioni urbanistiche e ambientali sulle alternative localizzative; definizione dei quadri finanziari;

- una stabilità programmatoria, rispetto ai fabbisogni e alle priorità.

E' poi necessario perseguire a livello regionale:

- una forte e permanente regia e coordinamento regionale degli investimenti in tutte le fasi dalla programmazione, alla progettazione dei nuovi investimenti e degli interventi di mantenimento del

patrimonio già esistente fino alle fasi esecutive, mediante un monitoraggio mirato delle azioni delle proprie aziende sanitarie;

- nell'ambito della regia regionale, un coordinamento permanente della dotazione organica delle aree tecniche, che deve essere adeguata (numericamente e professionalmente) al volume di nuovi investimenti e di manutenzione del patrimonio esistente;

- sempre in materia di rafforzamento del coordinamento e monitoraggio regionale, è necessario prevedere strumenti di efficace coordinamento fra la regione e i comuni di localizzazione delle opere.

- al fine di superare alcune difficoltà delle regioni a gestire linee di finanziamento diverse dovrà essere valutata con il Mef, la possibilità di armonizzare i procedimenti delle diverse fonti di finanziamento aventi ricadute sul tema dell'edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche attraverso una regia unitaria di supporto, auspicabilmente a livello centrale.

Da parte del livello centrale, occorre promuovere:

- la redazione e il progressivo aggiornamento di linee guida regionali che costituiscano uno standard d'azione tecnico-amministrativa per gli enti sanitari regionali, dalla fase di progettazione fino alle fasi di esecuzione e collaudo dei lavori;

- come richiesto dalle regioni, uno snellimento degli atti (per esempio della metodologia di valutazione MexA). Seppur di competenza del Ministero della salute, è stata rappresentata da parte del MEF-RGS una disponibilità a snellire le fasi del procedimento che coinvolgono direttamente lo Stato, ferma restando comunque la necessità che il procedimento si concluda con atti giuridicamente validi (in altre parole, è da escludersi ogni tiraggio del finanziamento al di fuori di una preventiva programmazione tecnica e finanziaria fra lo Stato e le regioni);

- l'inclusione nell'AdP esclusivamente di investimenti in stadio avanzato di progettazione (progetto esecutivo, in subordine progetto definitivo);

- nell'ambito di una generale azione normativa diretta a stabilire comunque in capo alle regioni obblighi di adeguata strutturazione organizzativa, è stata sottolineata la necessità altresì di valutare un'azione di monitoraggio più incisiva da parte statale (verifica dell'effettiva strutturazione, dell'implementazione di procedimenti, linee guida, etc) a cui eventualmente collegare anche azioni di correzione.

3. La realizzazione degli investimenti previsti dalla Missione 6 del PNRR

Nel corso dell'indagine conoscitiva ai vari soggetti auditi sono stati chiesti chiarimenti in relazione all'eventualità che le criticità riscontrate nell'attuazione del Programma pluriennale ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988 potessero compromettere la realizzazione degli investimenti previsti dalla Missione 6 del PNRR.

Tutti i soggetti istituzionalmente coinvolti nell'attuazione della Missione 6 del PNRR, dal Ministero della salute ad AGENAS, così come il MEF-RGS, e anche la Corte dei conti, hanno fornito rassicurazioni in merito al fatto che le difficoltà che caratterizzano la gestione degli interventi relativi al Programma pluriennale ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988 non dovrebbero incidere sull'attuazione dei progetti inseriti nel PNRR.

In particolare, il MEF-RGS ha fatto prioritariamente presente che per l'attuazione del programma pluriennale ex articolo 20 della legge 67/1988 la legislazione vigente non prevede, come sopra riportato, l'esercizio del potere sostitutivo statale in caso di mancato rispetto delle tempistiche di realizzazione degli investimenti, contrariamente a quanto avviene in altri ambiti (squilibrio di bilancio sanitario regionale, accertamento di insufficiente erogazione dei livelli essenziali di assistenza).

Nella fase preparatoria del PNRR - Missione 6 il Ministero della salute, anche avvalendosi delle proprie agenzie, ha effettuato un lungo lavoro con le regioni e p.a. volto a definire i fabbisogni, sia nell'ambito degli standard poi fissati dal DM 77/2022 sia con riferimento ai fabbisogni inerenti all'ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie e alla digitalizzazione dei DEA di I e II livello sia in merito agli interventi per l'antisismica e il potenziamento dell'offerta ospedaliera di posti letto di TI, TSI (art. 2, DL 34/2020). In tali termini, la fase di programmazione è intervenuta in anticipo rispetto alla fase di formalizzazione degli interventi.

Nell'ambito PNRR - Missione 6, poi, la cornice normativa, strumentale al raggiungimento degli obiettivi prefissati, presenta una serie di strumenti e leve aggiuntivi.

Il DM 11 ottobre 2021 fissa le regole di iscrizione in bilancio delle risorse previste da parte degli enti del SSN che sono tenuti a conformarsi al titolo II del decreto legislativo 118/2011 (art. 3, comma 3).

Il DM 20 gennaio 2022 ripartisce le risorse per gli interventi a regia regionale prevedendo le regole di assegnazione e di revoca delle risorse (art. 3).

Inoltre, in relazione all'implementazione dei nuovi standard di assistenza territoriale, circa gli eventuali maggiori oneri per la spesa del personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vigenti vincoli per la spesa di personale, e convenzionato, l'articolo 1, comma 274, della legge n. 234 del 2021 (legge di bilancio per l'anno 2022) ha autorizzato una spesa crescente negli anni 2022-2025 per complessivi 1.160,8 milioni di euro, e una spesa a regime, a decorrere dall'anno 2026, di 1.015,3 milioni di euro.

E' stato altresì evidenziato che lo strumento operativo per la realizzazione degli interventi a regia regionale, ai sensi dell'art. 56 del decreto-legge n. 77 del 2021, è il Contratto istituzionale di sviluppo (CIS), disciplinato dal decreto legislativo n. 88 del 2011, convenuto tra le amministrazioni centrali e le regioni ed il cui modello è stato recepito con decreto del Ministro della salute del 5 aprile 2022, mentre, con decreto del Ministro della salute del 21 giugno 2022, sono stati approvati i CIS sottoscritti tra le singole regioni e PA.

Il CIS, in particolare, riporta il Piano Operativo (PO) recante il dettaglio degli interventi regionali previsti, i relativi piani di azione corredati dai corrispondenti costi e tempi di attuazione al fine di pervenire al completamento delle attività previste, assicurando il raggiungimento delle *Milestone* e dei *Target* previsti in ambito PNRR.

A tal fine, il CIS prevede anche gli obblighi in capo ai soggetti attuatori previsti dalla normativa comunitaria e nazionale, tra i quali, ad esempio:

- il rispetto dei principi finanziari previsti dalla normativa vigente;
- il rispetto dei principi trasversali quali il DNSH e la percentuale di interventi per il Mezzogiorno;

- il rispetto del tempestivo avvio delle attività progettuali e degli interventi nonché l'individuazione delle soluzioni tecnico operative procedurali più efficaci a garantire la puntuale esecuzione degli interventi;
- la rendicontazione con cadenza almeno bimestrale dello stato di avanzamento delle attività e dei costi sostenuti;
- l'individuazione degli eventuali fattori che possano determinare ritardi che incidano in maniera considerevole sulla tempistica attuativa e di spesa.

Riguardo al monitoraggio degli interventi previsti, il medesimo CIS stabilisce, all'articolo 6, l'istituzione di uno specifico Tavolo Istituzionale presieduto dal Ministro della salute e composto dal Presidente della Regione/provincia autonoma e dal Ministro dell'economia e delle finanze (o loro delegati).

Partecipano a detto Tavolo, senza diritto di voto, il Responsabile Unico del Contratto (RUC), un rappresentante della Unità di Missione del Ministero della salute, il Direttore dell'Agenas nonché il Referente unico della Regione/Provincia autonoma.

Tale tavolo istituzionale ha il compito di:

- valutare l'andamento delle attività e il rispetto degli impegni previsti;
- verificare, con periodicità almeno semestrale, lo stato di attuazione del PO allegato al CIS;
- approvare eventuali successive rimodulazioni delle schede intervento e dei finanziamenti, proposte dal RUC, ed eventualmente modificare il PO, alla luce degli esiti conseguenti all'attuazione dei singoli interventi che lo compongono;
- approvare le proposte di definanziamento, eventualmente necessarie;
- esaminare, gli eventuali ritardi e inadempienze rispetto alle tempistiche indicate nelle schede intervento fornendo idonea informativa, con propria delibera.

Sulla base della predetta informativa deliberata dal Tavolo Istituzionale, il Ministro della salute valuta la sussistenza dei presupposti di legge per l'attuazione delle procedure di esercizio dei poteri sostitutivi di cui all'articolo 12 del decreto- legge n. 77 del 2021.

Sempre il CIS (art. 9) prevede che il Ministero della salute possa anche avvalersi del supporto tecnico operativo da parte dell'Agenas, della CDP e di Invitalia; le regioni (soggetti attuatori) possono avvalersi anche del supporto tecnico operativo dell'Agenas e di società a prevalente partecipazione pubblica.

Come osservato dal Direttore della Programmazione del Ministero della Salute^[9], i progetti PNRR hanno dimensioni più ridotte di quelle che caratterizzano gli accordi di programma. I tempi di realizzazione sono quindi probabilmente più compatibili con l'orizzonte previsto. Con la predisposizione dei Contratti Istituzionali di Sviluppo è stato necessario definire con tempestività un quadro programmatico complessivo e identificare i siti per la collocazione delle strutture. C'è da augurarsi che gli accertamenti sulla disponibilità dei suoli e gli accordi con gli enti coinvolti siano stati operati con attenzione, riducendo quindi i ritardi che possono essere ricondotti alla mancata concertazione. Inoltre, la scelta dei Contratti Istituzionali di Sviluppo come strumento per

accelerare la realizzazione di progetti strategici tra loro funzionalmente connessi (la creazione delle Case della Comunità, le Centrali Operative territoriali e gli Ospedali di comunità) ha puntato ad ottenere un quadro organico degli obblighi che ciascuna regione assume per garantire il raggiungimento del risultato concordato. Un quadro in cui è ricompresa anche la misura relativa all'aggiornamento tecnologico e digitale del sistema ospedaliero, con l'elenco di tutti i siti idonei individuati per gli investimenti e degli obblighi che ciascuna regione deve assumere per garantire il conseguimento del risultato atteso. Un quadro organico che dovrebbe facilitare le realizzazioni.

Va poi considerato che per le principali linee di intervento (sia per gli Ospedali di comunità che per le Case della comunità, etc.) è stato reso disponibile il supporto tecnico operativo di Invitalia, in qualità di centrale di committenza, nell'ambito delle azioni di accelerazione degli investimenti messe in campo dal MEF. Invitalia ha predisposto tre Accordi quadro, articolati per lotti geografici e lotti prestazionali, aventi ad oggetto: servizi tecnici, servizi di verifica della progettazione, lavori, lavori in appalto integrato e collaudo, dei quali hanno manifestato interesse ad avvalersi 17 regioni. Solo Abruzzo, Campania, Liguria e Veneto hanno scelto di avvalersi di Centrali di Committenza autonome. Una tale esperienza, che consente di potenziare il contributo atteso da soggetti esterni nella fase di predisposizione dei progetti, potrebbe rappresentare una esperienza importante anche per l'attivazione dei programmi ex articolo 20.

E' stato poi ricordato dal MEF-RGS come nei casi di edilizia sanitaria la disciplina recata dall'articolo 56 del menzionato D.L. 77/2021 ha previsto specifiche disposizioni in materia di semplificazione per l'attuazione dei programmi del Ministero della salute di edilizia sanitaria ricompresi nel PNRR. In particolare, si prevede per gli interventi PNRR di edilizia sanitaria, tra cui quelli di cui all'articolo 20 della legge 67/88, limitatamente al periodo di attuazione del PNRR:

- il rilascio semplificato del permesso di costruire in deroga alla disciplina urbanistica ed alle disposizioni di legge statali e regionali in materia di localizzazione delle opere pubbliche;

- l'utilizzo dell'istituto del CIS per i programmi PNRR di competenza del Ministero della salute e al programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

4. Conclusioni e ipotesi migliorative rappresentate in Commissione

1. È emersa in Commissione la necessità, sostenuta da diversi soggetti auditi, di procedere alla semplificazione delle procedure relative alla realizzazione degli interventi infrastrutturali. In particolare, facendo riferimento alle procedure e alla revisione e semplificazione delle stesse: è emersa la necessità di aggiornare e semplificare la Metodologia ex ante (MexA), che definita nel 2008 potrebbe essere oggetto di semplificazioni anche sulla base delle successive disposizioni normative e regolamentarie emanate (es. D.M. n. 70 del 2015), nonché i contenuti dei modelli previsti (Modelli A, B e C) e le modalità di acquisizione delle informazioni nel sistema NSIS (uno schema di semplificazione era peraltro già previsto nella relazione della Corte dei conti concernente "L'attuazione del programma straordinario per la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario" di cui alla citata deliberazione 9 marzo 2018, n. 4/2018/G). Si è invocata anche la necessità di rendere disponibili linee guida per standardizzare i processi base, come ad esempio la programmazione regionale di settore, nonché di individuare e divulgare le *best practices* che, definite da alcune regioni, potrebbero essere adottate anche da altre. Infine, sempre nell'ottica della semplificazione amministrativa dei processi, è stata sottolineata la necessità di individuare un *iter* amministrativo semplificato per gli interventi non complessi e al sotto di una determinata soglia di spesa;

2. Con riferimento alla definizione del livello di progettazione previsto per l'inserimento degli interventi negli accordi di programma, sono giunte nel corso delle audizioni diverse proposte finalizzate ad individuare un livello di progettazione di grado più elevato di quello attualmente utilizzato ai sensi dell'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità", ad integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002, andando a recepire anche quanto previsto ai sensi del nuovo codice dei contratti pubblici.

3. Con riferimento al miglioramento dell'attività di progettazione, è stata avanzata la proposta di istituire un fondo rotativo nazionale per la progettazione che consenta di operare anche nella fase propedeutica alla definizione degli accordi di programma e comunque a valutare l'opportunità di un ulteriore incremento della dotazione del FRP, attualmente gestito dalla Cassa depositi e prestiti Spa, mediante uno stanziamento aggiuntivo a carattere pluriennale sul bilancio dello Stato. Per riferimento, uno stanziamento aggiuntivo di euro 1 milione consentirebbe, ai tassi vigenti, di concedere nuove anticipazioni per circa euro 100 milioni.

4. Riguardo alla revisione del fabbisogno economico-finanziario previsto per gli interventi e possibile adeguamento prezzi, sono giunte alcune proposte finalizzate ad individuare specifiche modalità semplificate di revisione del fabbisogno economico-finanziario previsto per ogni specifico intervento, nonché le opportune modalità di adeguamento delle coperture anche attraverso specifici accantonamenti sulle risorse ex art. 20 della legge n. 67/88 disponibili a bilancio.

5. In riferimento alle necessità di implementare e incrementare il supporto tecnico-amministrativo dovuto al blocco del *turn over*, che ha comportato negli anni una forte riduzione del personale tecnico-amministrativo con competenze specifiche per definire e attuare gli interventi previsti dagli accordi di programma, è stato suggerito di prevedere l'individuazione di una specifica unità di missione ovvero di una cabina di regia^[10] in grado di fornire supporto tecnico, amministrativo e procedurale, anche avvalendosi di realtà esistenti ed operanti nel campo dell'assistenza tecnica. Nelle more si potrebbe conferire carattere permanente al Tavolo tecnico operante presso la Presidenza del Consiglio DIPE. anche per le funzioni di monitoraggio del programma di interventi.

6. Facendo inoltre riferimento alla trasparenza delle informazioni sulla realizzazione degli interventi previsti dall'articolo 20 della legge n. 67/1988, secondo quanto emerso nelle audizioni, la mancata disponibilità di tali informazioni non rende possibile l'esercizio delle previste forme diffuse di "controllo democratico" sugli interventi programmati, sulla loro realizzazione e sull'utilizzo delle risorse. Pertanto, si suggerisce di indicare con obbligo di pubblicazione periodica le informazioni sugli interventi con i tempi previsti per la realizzazione, lo stato di attuazione fisico e finanziario, nonché di definire e realizzare anche il sistema procedurale ed informativo di supporto.

7. In relazione alle criticità e ai limiti connessi all'esercizio da parte delle regioni dei poteri di revoca, la Corte dei conti ha rilevato che la finalità dell'istituto della revoca non è stata quella di recuperare le risorse non utilizzate, quanto quella di sollecitare le regioni all'utilizzo effettivo delle risorse definite in un Accordo di programma già stipulato. Secondo l'avviso della Corte, pertanto, tale istituto non sembra abbia effettivamente sortito l'effetto atteso. Le risorse assegnate, seppur oggetto di revoca, rimangono attribuite alle regioni per ulteriori interventi. Tale elemento riduce di molto l'incentivo a predisporre e chiedere il finanziamento di progetti effettivamente in grado di essere realizzati. Certamente, la semplificazione delle procedure e della documentazione relativa alle parti degli accordi meno complesse potrà ridurre i casi di ritardo non riconducibile a cattiva progettazione. Rimane, tuttavia, da rendere più efficace il disincentivo alla cattiva progettazione degli interventi. Ad avviso della Corte, quindi, potrebbe essere valutata la possibilità di introdurre una qualche penalità in caso di revoca: si potrebbe, ad esempio, prevedere che una quota

dell'importo (ad esempio il 5 - 10 per cento) sia sottratta alla disponibilità dell'ente per essere destinata ad una finalità diversa o per finanziare le regioni che hanno esaurito le proprie disponibilità e che sono nei tempi nella realizzazione delle opere. In tal modo si introdurrebbe, accanto ad un disincentivo, un incentivo ad una progettazione operativa da portare avanti nei tempi previsti.

8. Alla luce delle difficoltà pratiche riscontrate nella realizzazione di grandi interventi edilizi con la modalità del partenariato pubblico/privato e delle criticità sollevate da alcuni soggetti auditi si ritiene auspicabile privilegiare, ove possibile, l'utilizzo di risorse pubbliche o comunque messe a disposizione da altre istituzioni pubbliche.

[1] Osservazioni rese nella Relazione di cui alla Deliberazione della Corte dei conti del 9 marzo 2018, n. 4/2018/G. Si veda, inoltre, da ultimo, anche il Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica, approvato dalla Corte dei conti- Sezioni riunite in sede di controllo.

[2] Lo strumento del decreto di ammissione a finanziamento del Ministero della salute (previa autorizzazione da parte del MEF circa la disponibilità degli stanziamenti di bilancio) è altresì utilizzato per l'ammissione al finanziamento degli interventi che realizzano gli enti diversi dalle regioni che accedono alle risorse in oggetto.

[3] Fonte: AGENAS, memoria depositata nel corso dell'audizione del 4 maggio 2023.

[4] L'investimento complessivo iniziale pari a lire 30.000 miliardi di lire è stato elevato dall'art. 83, co. 3, l. 23 dicembre 2000, n. 388, a decorrere dal 1° gennaio 2001 a lire 34.000 miliardi di lire, dall'art. 1, co. 796, lett. n), l. 27 dicembre 2006, n. 296, a decorrere dal 1° gennaio 2006 a 23 miliardi di euro, dall'art. 2, co. 69, l. 23 dicembre 2009, n. 191, a decorrere dal 1° gennaio 2010 a 24 miliardi di euro, dall'art. 1, co. 555, l. 30 dicembre 2018, n. 145, a decorrere dal 1° gennaio 2019 a 28 miliardi di euro, dall'art. 1, co. 81, l. 27 dicembre 2019, n. 160, a decorrere dal 1° gennaio 2020 a 30 miliardi di euro, dall'art. 1, co. 442, l. 30 dicembre 2020, n. 178, a decorrere dal 1° gennaio 2021 a 32 miliardi di euro, e, successivamente, dall'art. 1, co. 263, l. 30 dicembre 2021, n. 234, a decorrere dal 1° gennaio 2022 a 34 miliardi di euro. Fonte dei dati "Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica" della Corte dei conti.

[5] Fonte dei dati "Relazione informativa predisposta ai sensi del punto 4) della delibera CIPE n. 51 del 2019" (nota Ministero della Salute prot.GAB n.5576-p del 30/03/2023).

[6] Seduta del 9 maggio 2023.

[7] Seduta del 15 marzo 2023.

[8] Fonte dei dati "Relazione informativa predisposta ai sensi del punto 4) della delibera CIPE n. 51 del 2019" resa il 16/04/2022; ricognizione al 31/12/2021 sull'utilizzo dei fondi di cui all'art. 20 della l. 11 marzo 1988, n. 67.

[9] Audizione del 15 marzo 2023.

[\[10\]](#) Sulla necessità e opportunità di istituire una Unità di missione ulteriore che assista gli enti nella realizzazione dei programmi e per garantire, anche, uno stretto coordinamento tra i diversi strumenti a disposizione si veda da ultimo il Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica approvato dalla Corte dei conti- Sezioni riunite in sede di controllo approvato con delibera n. 22/SSRRCO/RCFP/2023 del 17 maggio 2023 (in part. pag. 323 e ss).