



Associazione delle organizzazioni di ingegneria,  
di architettura e di consulenza tecnico-economica



Ufficio Legislativo

## SENATO DELLA REPUBBLICA

Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale

*Indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento  
tecnologico del patrimonio sanitario pubblico anche nel quadro della Missione 6  
del PNRR*

### Memoria Oice

Roma, 29 marzo 2023

Via Flaminia, 388 - 00196 Roma  
Tel. 06 80687248 - Fax 06 8085022  
e-mail: [segreteria@oice.it](mailto:segreteria@oice.it) - PEC: [oice.associazione@pec.it](mailto:oice.associazione@pec.it)  
<http://www.oice.it>  
C.F. 80138630589 - P.I. 03687911002



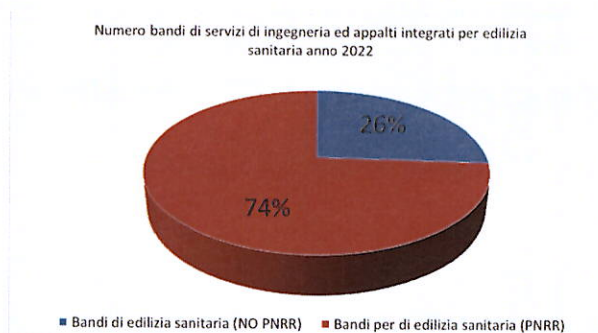
Representing  
FIDIC in Europe



## 1. Premessa: uno sguardo al mercato della progettazione per l'edilizia sanitaria

L'Osservatorio Oice sulle gare per servizi di ingegneria e architettura, il più longevo in Italia perché attivo dal 1994, consente di fare il punto quantitativo e qualitativo sulla domanda pubblica di servizi tecnici (affidati singolarmente o con appalto integrato) nell'anno 2022 nel settore dell'edilizia sanitaria.

I **bandi** per servizi di architettura e ingegneria e appalto integrato nell'edilizia sanitaria a valere sulle risorse del PNRR (349) rappresentano il **74%** in numero sul totale di 471 riferito a tutti i bandi emessi nel campo dell'edilizia sanitaria.



Dall'analisi risulta che nel 2022, sul totale, sono state 349 le gare afferenti all'attuazione del PNRR emesse, per oltre 4,5 miliardi di lavori (e 932 mln. di servizi tecnici, progettazione, direzione lavori, collaudi), suddivise nelle seguenti componenti:

Missioni	n.	importo servizi	Importo lavori
MISSIONE 6 COMPONENTE 1	39	65.087.980	391.894.263
MISSIONE 6 COMPONENTE 2	61	44.180.369	322.602.807
MISSIONE 6 COMPONENTE 1 e 2	118	749.389.401	2.997.294.972
MISSIONE 6	5	618.399	16.556.040
MISSIONE NON CITATA	126	73.109.329	814.890.196
<b>Totale</b>	<b>349</b>	<b>932.385.478</b>	<b>4.543.238.278</b>

Dal punto di vista della tipologia di affidamento questo è il quadro che si evince dai dati.

Tipologia di affidamento	n.	importo servizi	Importo lavori
Bandi di progettazione	62	8.781.723	169.683.179
Bandi di progettazione e direzione lavori	203	563.403.689	2.436.078.780
Bandi con altri servizi di architettura e ingegneria	4	8.985.023	120.000.000
Bandi di appalti integrati - lavori con progettazione	80	351.215.043	1.817.476.320
<b>Totale</b>	<b>349</b>	<b>932.385.478</b>	<b>4.543.238.278</b>

OICE - UFFICIO STUDI

Si evince come larga parte degli affidamenti, circa il 55%, sia per progettazione e/o direzione lavori, mentre la restante parte vede il ricorso all'appalto integrato (progettazione esecutiva e esecuzione).

In questo ambito giova poi rilevare come le stazioni appaltanti si siano mosse utilizzando in larga misura (soprattutto dal punto di vista degli importi) lo strumento dell'accordo quadro che consente alla stazione appaltante di attivare per un periodo pluriennale contratti con l'operatore economico a seconda delle necessità. Gli accordi quadro raggiungono infatti il 61% di tutti i bandi a valere sulle risorse del PNRR per la Missione 6 pubblicati nel 2022. Quelli per i soli servizi di architettura e ingegneria sono stati 144 per un valore di 544 mln. .

## 2. L'esperienza delle società di ingegneria e architettura

Le società di ingegneria e architettura sono fortemente impegnate nel settore ospedaliero e quindi possono portare l'esperienza relativa sia agli interventi progettati a seguito degli accordi di programma ex art. 20 della legge 67/88, sia per i più recenti interventi -Covid e quelli della Missione 6 del Pnrr.

Da queste esperienze si ricava, nel caso degli interventi per il rafforzamento dell'assistenza territoriale, un problema particolarmente rilevante in ordine alla quantificazione del **costo degli interventi**, un problema che è anche figlio della limitata quantità di dati disponibili e che quindi, a sua volta, rimanda ad una pianificazione spesso insufficiente o approssimativa. In particolare sono state rilevate stime di costo per costruzioni ex novo nell'ordine di 1.350 €/mq, largamente incompatibile con i valori di mercato attuale.

C'è quindi un problema di **aggiornamento dei costi parametrici**, così come sul fronte delle tariffe per lo svolgimento delle progettazioni e delle direzioni lavori, si è acuito il problema del mancato aggiornamento del cosiddetto "decreto parametri" per gli incarichi tecnici (progettazione, direzione lavori, assistenze, collaudi).

Nel caso degli interventi per ospedali "**sicuri e sostenibili**", gli associati hanno segnalato due problemi fondamentali che stanno mettendo in crisi l'efficienza dell'intervento da realizzare:

- la difficoltà ad utilizzare risorse disponibili per migliorare anche la prestazione in termini di sostenibilità;
- l'impossibilità a definire/concordare le modalità di intervento ottimali in grado di permettere davvero l'esecuzione degli interventi minimizzando l'impatto sull'attività assistenziale di cura.

In sintesi: **programmazione insufficiente** anche sotto il profilo della stima dei costi, **sostanziale indifferenza verso alcuni *milestone* del Piano** (sostenibilità ambientale ed energetica), **estrema rigidità delle scelte fatte**.

A questi problemi si associa un tema più generale che riguarda tutta la contrattazione pubblica, non solo in questo settore: la **stipula di contratti a forfait** senza possibilità di revisione del prezzo contrattuale determina spesso un contenzioso fra stazione appaltante e progettista e comunque un rallentamento della procedura di predisposizione del progetto. Questo accade quando al progettista vengono richiesti non tanto meri adeguamenti al progetto o studio



posto a base di gara, ma vere e proprie varianti al progetto inizialmente affidato. In questi casi si può assistere anche rilevanti incrementi del costo di realizzazione dell'opera con il risultato che salta tutto il quadro economico dell'intervento.

Spesso poi le nostre società si aggiudicano accordi quadro per ristrutturazioni che scontano i problemi generali che hanno buona parte degli accordi quadro stipulati in Italia: approssimazione delle attività da svolgere al prezzo posto a base di gara, modifica del quadro delle attività al momento della stipula del contratto attuativo, insufficienza delle parcelle previste.

Inoltre, in via generale, per l'attuazione degli interventi ex art. 20 della legge 67/80, basati sulle **linee guida** redatte dal senatore Renzo Piano, occorre considerare che dall'esplosione della Pandemia in poi la progettazione degli ospedali ne è uscita del tutto rivoluzionata, facendo diventare all'istante **obsolete** le pure pregevoli indicazioni fornite 23 anni fa e largamente applicate fino a due anni fa.

Occorre quindi arrivare al **più presto una revisione delle linee guida**, un percorso fondamentale che vede – ci risulta – già impegnato il mondo accademico, anche in sinergia con operatori privati per definire indicazioni generali per gli ospedali “post- Covid”.

E' un'operazione di fondamentale importanza che dovrà guidare tutta la progettazione e realizzazione degli interventi relativi all'edilizia ospedaliera dei prossimi 20 anni, utilizzando tutte le nuove tecnologie a disposizione. Si tratta di avviare un'opera di profondo ripensamento della struttura ospedaliera, delle sue funzioni, della sua natura, ridefinendola alla stessa stregua di quanto avvenne a cavallo del 2000 per le stazioni ferroviarie italiane.

### 3. What next ? alcune proposte

Partiamo da alcuni *milestone* comuni ad ogni intervento e valide anche e soprattutto nel settore dell'edilizia sanitaria:

– per qualsiasi opera pubblica è essenziale il perseguimento dei più alti livelli **qualitativi della progettazione** affinché si raggiunga il massimo livello di efficienza della spesa pubblica e il raggiungimento degli obiettivi cui la realizzazione/ristrutturazione dell'opera è finalizzata;

– la realizzazione di questo obiettivo della più alta qualità possibile innanzitutto dai progettisti, che devono sempre più continuare ad investire in formazione del personale, in innovazione e ricerca, ma coinvolge in misura forse ancora maggiore la **Pubblica Amministrazione** che deve essere in grado non tanto di progettare direttamente, bensì di programmare e gestire gli interventi, con capacità di *project management* interne o acquisite sul mercato; il rapido progresso tecnologico in atto sta rivoluzionando in tutto il mondo anche il ruolo della P.A. come soggetto che deve gestire con efficienza e efficacia processi complessi. nel settore della sanità questo assume una rilevanza ancora maggiore. La regola dovrà essere l'esternalizzazione a soggetti qualificati di attività complesse e ad elevato contenuto tecnico; la P.A. dovrà svolgere compiti tecnici soltanto se in possesso di personale qualificati come gli operatori economici esterni;

– occorre scegliere sempre gli operatori economici sulla base di **esperienza e competenza tecnico-professionale** per rispetto dei principi di efficacia della spesa pubblica e di buon andamento dell'azione amministrativa; in tale senso il



progressivo innalzamento delle soglie per gli affidamenti diretti non è certamente un segnale positivo perché non incentiva la concorrenza e con essa la selezione qualitativa, ovviamente da perseguire con aggiudicazioni basate sul rapporto qualità/prezzo;

– occorre cercare di evitare in tutti i modi possibili contenziosi fra la fase **progettuale e quella esecutiva dei lavori**; oggi il contenzioso – peraltro molto ridotto rispetto al passato – interviene sia quando si utilizza l'appalto di sola esecuzione (con lavori affidati sulla base di un progetto esecutivo), sia con l'appalto integrato (affidato sulla base di un pft)

– il rapporto fra **rapporto fra operatore economico e stazione appaltante deve essere equilibrato**: siamo contrari agli appalti "a corpo" e siamo a favore di contratti-tipo equilibrati a tutela di entrambe le parti;

date queste premesse riteniamo che in prospettiva possa essere utile ragionare sui seguenti aspetti che, alla luce delle esperienze rilevate nel nostro settore, potrebbero contribuire ad un miglioramento dello stato attuale:

**a) Prevedere una struttura centrale per fornire linee guida alle regioni e alle AASSLL**

I dati dimostrano che, per quel che concerne l'attuazione degli accordi di programma degli interventi ex art. 20 della legge 67/88, a parte alcune rare eccezioni, le regioni non riescono ad impegnare e a spendere nei tempi prefissati le risorse. Diverse sono le cause, ma si ritiene opportuno riflettere sulla possibilità di mettere in campo, dal punto di vista organizzativo, una **Struttura di Missione o una Cabina di regia a livello centrale** che possa fornire linee guida alle regioni e alle ASL per impostare una efficace attuazione degli accordi di programma. Il compito fra i più importanti che dovrebbe realizzare questa struttura (aperta anche ai contributi dei rappresentanti degli operatori

economici) riteniamo possa essere anche quello di definire un contratto -tipo standard, oltre a capitolati informativi BIM per sfruttare al meglio le opportunità derivanti dalla digitalizzazione del processo progettuale che riverbera effetti positivi anche sulla fase di gestione degli asset.

#### **b) Rafforzare la capacità di gestione degli interventi da parte dei Rup**

I progetti da realizzare in ambito sanitario hanno una particolare rilevanza sia in termini di strategicità, sia anche in termini di volume di spesa. Appare assolutamente velleitario immaginare che un RUP possa possedere plurime e variegate competenze come quelle richieste dalla disciplina vigente (sostanzialmente replicate nel nuovo codice appalti, approvato ieri in via definitiva dal Consiglio dei Ministri).

Occorre fare in modo che sia previsto l'obbligo (non la facoltà) per il Rup di avvalersi, nell'ambito delle proprie funzioni, di una **struttura di supporto** (sia essa interna all'amministrazione pubblica o, dove ciò risulti impossibile, esterna) al fine di rendere più efficace ed efficiente la gestione dell'appalto con benefici risultati in termini economici e di tempo. Dovrebbe trattarsi di una struttura di **project management** a supporto del Rup, in grado di fornire a quest'ultimo ogni dato per l'assunzione delle decisioni di sua competenza e, soprattutto, per un costante monitoraggio dei tempi e dei costi previsti. Si tratta semplicemente di importare consolidate esperienze maturate a livello internazionale e nel campo privato in Italia.

Per mettere a disposizione queste strutture si potrebbe seguire l'esperienza applicativa di questi anni in cui si è fatto ricorso allo strumento dell'accordo quadro (ad esempio da parte di Invitalia) a condizione che si arrivi a determinare l'oggetto degli affidamenti, stimandone correttamente i corrispettivi e prevedendo che la stazione appaltante sia vincolata ad attivare ogni anno almeno una determinata percentuale del valore annuale dell'accordo.



### c) Progettare bene avendo chiare le esigenze e i dati di base

Un'opera di qualità, rispondente ai bisogni della stazione appaltante necessita di un lasso tempo congruo per progettare, ma soprattutto occorre fornire al progettista tutti i dati necessari per svolgere al meglio il suo compito.

Spesso invece le progettazioni vengono affidate mettendo a disposizione esigenze ancora indefinite e a volte in totale assenza di dati di base. In disparte il tema dei compensi, spesso inappropriati, questo comporta ripercussioni molto negative in termini di adeguatezza dei progetti.

Occorre quindi prevedere risorse ad hoc per la fase progettuale ma anche e soprattutto per le attività strumentali e propedeutiche alla progettazione (essenziale il quadro di riferimento di indagini e rilievi sia per le nuove costruzioni, sia per l'analisi degli interventi sul costruito). Una soluzione potrebbe essere quella di prevedere un **Fondo rotativo per le progettazioni**, laddove si tratti di interventi ex art. 20, così da avere a disposizione – prima ancora delle risorse per corrispondere ai progettisti i compensi – i fondi per commissionare accurate indagini sulle principali tematiche oggetto degli interventi.

### d) Appaltare i lavori sul progetto esecutivo

Occorre attuare una **rigida separazione fra progettazione e costruzione** e quindi riaffermare il principio della centralità del progetto esecutivo a garanzia di qualità, tempi e costi per evitare l'indecoso fenomeno delle varianti e delle riserve. Questo vale a maggiore ragione nel settore dell'edilizia ospedaliera.

Nel nuovo codice appalti si fa presente che nello scegliere se affidare i lavori con l'appalto integrato, occorre tenere presente del rischio che tale scelta possa determinare un mancato rispetto di tempi e costi. E' proprio il caso dell'edilizia ospedaliera dove generalmente la realizzazione di una nuova

struttura non ha componenti tecnologiche avanzate (oggetto di successive forniture) e di fatto ha natura simile ad un normale edificio civile e certamente non assimilabile ad impianti complessi.

Quindi occorre indicare come prassi ordinaria l'**affidamento dei lavori in base ad un progetto esecutivo** realizzato con cura, sulla base di un quadro esigenziale chiaro, corredato da analisi e indagini accurate. Anche se per progettare si impiegherà più tempo si avrà una maggiore probabilità di arrivare all'appalto di lavori con un elaborati dettagliato e un computo metrico affidabili rispetto al quale definire costi remunerativi per l'impresa.

La strada alternativa dell'appalto integrato sulla base di un PFTE non consente di raggiungere questi risultati.

Non è poi vero che con l'appalto integrato si evita il contenzioso perché l'impresa ha sempre l'interesse ad inserire elementi per fare riserve (eccependo sul PFTE posto a base di gara) che, poi, la stazione appaltante accetterà necessariamente per non ammettere che il progetto che ha predisposto, approvato e validato non andava bene.

I presunti snellimenti della fase approvativa - ricondotti all'adozione dell'appalto integrato - non hanno trovato alcun riscontro nella realtà per diverse ragioni: in primo luogo la modifica (a volte radicale) nelle scelte/decisioni della Stazione appaltante, un fenomeno che è prassi nel settore dell'edilizia ospedaliera dove gli attriti fra la Direzione sanitaria e i primari spesso sono tale da bloccare ad libitum le scelte fatte con la progettazione a base di gara inadeguata o manchevole di alcune parti fondamentali; in secondo luogo le forti differenze di importo opere tra base di gara e progetto sviluppato dall'appaltatore. Queste ragioni portano a lunghi ed accesi confronti per la validazione e l'approvazione del progetto esecutivo. Anche sul fronte della presunta riduzione delle riserve l'esperienza di anni di applicazione dell'appalto integrato dimostra che le motivazioni per presentare riserve permangono, a cominciare dal livello del progetto posto a base di gara, per sua natura stessa meno definito e quindi passibile di recriminazione per mancanze o inesattezze.

e) **Limitare il contenzioso mettendo intorno ad un tavolo tutti gli attori**

Si ritiene utile introdurre meccanismi che riducano i motivi di contenzioso fra progettista e impresa e la possibilità di chiedere modifiche alla progettazione esecutiva approvata dalla stazione appaltante. La finalità ultima dell'intervento è dare certezza giuridica ai rapporti fra i vari soggetti coinvolti nella filiera delle costruzioni e realizzare il principio di economicità ed efficienza della spesa pubblica, oltre che il raggiungimento del risultato atteso dalla collettività. A tale fine potrebbe essere utile recuperare il contenuto dell'articolo 112 - bis del decreto 163/2006 che prevedeva l'obbligo (per opere di particolare rilievo e importo) di indire una **consultazione preliminare** (presente il progettista e il "validatore" del progetto) **sul progetto posto a base di gara dell'appalto di sola esecuzione** (similmente, si potrebbe immaginare una consultazione analoga anche a valle dell'aggiudicazione, fra aggiudicatario, progettista, validatore e stazione appaltante).

In tale sede le imprese che dovranno presentare l'offerta verrebbero chiamate ad esprimere le proprie valutazioni sul progetto proponendo eventuali modifiche; dopo questa fase dovrebbe scattare il divieto di presentare riserve e proporre varianti successivamente alla presentazione dell'offerta, salvo casi di forza maggiore.

f) **Rendere certi i tempi di svolgimento delle gare**

E' necessario responsabilizzare la P.A. e ripristinare condizioni di parità fra P.A. e operatori economici: come il concorrente deve inviare le offerte entro un termine perentorio, così le stazioni appaltanti devono concludere le operazioni di gara entro termini certi (contenziosi permettendo). Va vietata l'indizione di gare in pendenza di ricorsi.

**g) Garantire la qualificazione professionale dei direttori lavori**

In caso di direzione lavori e altre attività tecniche svolte dagli uffici delle PP.AA., i soggetti incaricati di tali attività dovrebbero avere gli stessi requisiti tecnico-professionali che si richiederebbero in caso di affidamento a terzi. Non si comprende per quale ragione se si affida all'esterno questa attività vengono richiesti requisiti economico-finanziari e tecnico-organizzativi ben dettagliati, mentre per una direzione lavori svolta all'interno dell'Amministrazione non si preveda alcuno screening di esperienze pregresse.

28.3.2023