



## Ministero della Salute

### DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

**Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato della Repubblica - Indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche nel quadro della Missione 6 del PNRR – Audizione dei rappresentanti del Ministero della Salute del 15 marzo 2023**

**Sezione n. 1: Programma straordinario degli investimenti pubblici in sanità di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.**

L'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 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. La norma stabilisce un limite massimo per il finanziamento statale del 95 per cento della spesa ammissibile risultante dal progetto, la restante quota è a carico delle Regioni. Il programma pluriennale, articolato in più fasi, ha stanziato complessivamente risorse pari a 34 miliardi di euro. Si riporta di seguito il dettaglio delle risorse suddivise per linee di finanziamento.

**Tabella 1**

	REGIONI	Riserva per: Enti (I.R.C.C.S. - Policlinici Univ. a gestione diretta - Osp. Classificati - I.Z.S. - I.S.S. - CNAO)	Riserva per interventi urgenti del Ministro
	a)	b)	c)
Assegnazioni Art. 20 I <sup>a</sup> fase	4.638.454.347,79	216.240.503,65	
Importo assegnato per sicurezza e completamenti (CIPE n. 53/98)	1.161.317.087,49	129.825.160,23	
Assegnazioni Art. 20 (Delibere CIPE n. 52/98 al netto della CIPE n. 53/98, più CIPE n. 65/2002, n. 98/2008, n. 97/2008, n. 51/2019, art. 1 comma 443 L. n. 178/2020, art. 1 comma 442 L. n. 178/2020 al netto delle quote assegnate dall'art. 1 comma 264 e 265 della L. n. 234/2021 per le sole Regioni (Riparto PanFlu), più DM 20 luglio 2022	24.308.573.571,91	731.567.685,04	760.384.796,00

Importo complessivo art. 1 comma 264 e 265 legge n. 234/2021 (RIPARTO PANFLU) DM 19/12/2022	877.384.796,00		24.615.204,00
Assegnazioni per programma Radioterapia D.M. 28/12/2001	14.570.995,81	922.711,16	
Assegnazioni per programma Libera Professione D.M. 08/06/2001	826.143.140,92		
Assegnazioni per programma Superamento Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) D.M. 28/12/2012	60.000.000,00		
Assegnazione per Programma Adeguamento normativa antincendio Delibera CIPE n. 16/2013	90.000.000,00		
Assegnazione per Programma di riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica per le Regioni del Mezzogiorno. Delibera CIPE n. 32/2018	100.000.000,00		
Rete nazionale per attività di ricerca, produzione e trattamento del paziente affetto da patologie tumorali Delibera CIPE 51/2019	60.000.000,00		
<b>Totale</b>	<b>32.136.443.939,92</b>	<b>1.078.556.060,08</b>	<b>785.000.000,00</b>
<b>34.000.000.000</b>			

La prima fase del programma ha avuto termine nel 1996, con l'autorizzazione a spendere la somma di euro 4.854.694.851,44.

A seguito di interventi accelerativi del Governo e del Parlamento, la delibera CIPE del 21 marzo 1997, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n° 124 del 30 maggio 1997, ha stabilito i criteri per l'avvio della seconda fase del programma nazionale di investimenti previsto dal citato articolo 20 della legge n° 67 del 1988. Inoltre, l'articolo 4 lettera b) del Regolamento approvato con delibera CIPE n. 141 del 6 agosto 1999, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 257 del 2 novembre 1999, ha individuato tra le funzioni da trasferire al Ministero della Sanità l'ammissione a finanziamento dei progetti in materia di edilizia sanitaria.

La seconda fase, avviata con la deliberazione CIPE del 6 maggio 1998, n. 52, ha ripartito risorse pari a euro 10.639.012.121,24 di cui euro 633.595.004,83 riservati agli Enti di cui alla legge n. 412/1991 (di cui alla colonna b) della Tabella 1), per la riqualificazione strutturale e tecnologica della rete dell'offerta sanitaria.

Con deliberazione CIPE 6 maggio 1998, n. 53, parte delle risorse ripartite dalla citata delibera CIPE n. 52 del 6 maggio 1998, pari ad euro 1.291.142.247,72 sono state prioritariamente destinate ad un programma specifico finalizzato al completamento di strutture iniziate e per interventi volti alla messa in sicurezza, di cui euro 1.161.317.087,49 alle Regioni e Province Autonome, ed euro 129.825.160,23 agli Enti. Successivamente, il programma in questione è stato integrato dall'art. 28 della legge n. 488/1999, che ha destinato euro 15.493.706,98 per il potenziamento dei servizi di radioterapia (ripartiti con D.M. 28 dicembre 2001), e dall'art. 83 della legge n. 388/2000, che ha disposto l'assegnazione di ulteriori euro 2.065.827.596,36, di cui euro 826.143.140,92, per il

potenziamento delle attività di Libera Professione intramuraria e euro 1.239.684.455,44 ripartiti alle Regioni con delibera CIPE n. 65 del 2 agosto 2002 e ss.mm.ii, di cui euro 127.797.840,44 agli Enti, di cui alla colonna b) della Tabella 1. La legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007), all'art. 1, comma 796, lett. n) stanziava ulteriori risorse pari a euro 2.424.971.723,98, ripartiti alle Regioni con delibera CIPE n. 98 del 18 dicembre 2008, di cui euro 45.000.000,00 riservati ai citati Enti e ripartiti con delibera CIPE n. 58/2008.

L'anno seguente, la legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), all'articolo 2, comma 279, ha incrementato di ulteriori euro 3.000.000.000,00, dette risorse, che sono state ripartite con delibera CIPE n. 97 del 18 dicembre 2008, di cui euro 50.000.000,00 accantonati come riserva.

La legge 23 dicembre 2009 n. 191, all'art. 1, comma 69, (Finanziaria 2010), ha assegnato ulteriori risorse pari a euro 1.000.000.000,00, di cui euro 280.000.000,00 destinati per specifiche finalità (programma OPG, programma Antincendio, CNAO per euro 30.000.000,00 in applicazione dell'art. 1 comma 602, della legge 23 dicembre 2014, n.190, programma di riqualificazione e ammodernamento tecnologico dei servizi di radioterapia oncologica di ultima generazione per le regioni del Mezzogiorno) da cui residuano risorse pari a euro 720.000.000,00.

Successivamente, l'articolo 1, comma 555 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 ha stanziato ulteriori risorse pari a euro 4.000.000.000,00. A valere su questo stanziamento, l'art. 1, comma 559 della citata legge n. 145/2018 ha autorizzato un ulteriore contributo pari ad euro 25.000.000,00 al Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO).

La Deliberazione CIPE n. 51 del 24 luglio 2019, a valere sulle disponibilità recate dall'art. 1, comma 555, della legge 30 dicembre 2018, n. 145 e sulle risorse residue di cui all'art. 2, comma 69, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, ha ripartito risorse pari a euro 4.695.000.000,00 di cui euro 4.000.000.000,00 alle Regioni, euro 60.000.000,00 accantonati per la realizzazione strutture per sviluppare una rete nazionale per attività di ricerca, produzione e trattamento del paziente affetto da patologie tumorali eleggibili alla terapia genica euro 635.000.000,00 accantonati quale quota di riserva per interventi urgenti del Ministro.

Con l'art. 1, comma 81, della legge 27 dicembre 2019, n. 160 (Legge di Bilancio 2020), il programma di cui all'art. 20 della L. n. 67/1988 è stato incrementato di euro 2.000.000.000, ripartito alle Regioni dall'art. 1 comma 443 della legge 30 dicembre 2020, n. 178 (Legge di Bilancio 2021). La legge n. 178 del 30 dicembre 2020 all'art. 1, comma 442, ha, inoltre, incrementato il programma art. 20 legge n. 67/1988 di ulteriori euro 2.000.000.000 e disposto contestualmente la ripartizione alle Regioni.

L'articolo 1, comma 263, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, ha disposto che *“ai fini del finanziamento del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, l'importo fissato dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, rideterminato, da ultimo, in 32 miliardi di euro dall'articolo 1, comma 442, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, è incrementato di ulteriori 2 miliardi di euro, fermo restando, per la sottoscrizione di accordi di programma con le regioni e per il trasferimento delle risorse, il limite annualmente definito in base alle effettive disponibilità del bilancio dello Stato”*.

All'articolo 1 comma 264 la medesima è previsto che *“Al fine di costituire una scorta nazionale di dispositivi di protezione individuale (DPI), di mascherine chirurgiche, di reagenti e di kit di genotipizzazione, in coerenza con quanto previsto nel PanFlu 2021-2023, è autorizzata la spesa di 860 milioni di euro a valere sul finanziamento del programma di edilizia sanitaria vigente”*, ed inoltre con il comma 265 che *“Per consentire lo sviluppo di sistemi informativi utili per la sorveglianza epidemiologica e virologica, nonché per l'acquisizione di strumentazioni utili a sostenere l'attività di ricerca e sviluppo correlata ad una fase di allerta pandemica, in coerenza con quanto previsto nel PanFlu 2021-2023, è autorizzata la spesa di 42 milioni di euro a valere sul finanziamento del programma di edilizia sanitaria vigente.”*

Con il successivo comma 266 viene affidato, per le finalità di cui ai commi 264 e 265, ad uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, il compito di definire la quota di spesa autorizzata per ciascuna regione e provincia autonoma, sulla base delle risultanze derivanti da una ricognizione effettuata con le medesime regioni e province autonome, anche in relazione alla dimensione dei rispettivi servizi sanitari regionali e provinciali. Per le finalità di cui ai commi 264 e 265 si provvede, per le regioni, a valere sulle risorse vigenti, come ripartite ai sensi dell'ordinamento vigente, e in deroga all'articolo 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, alle Province Autonome di Trento e di Bolzano, a valere sul finanziamento vigente ancora non ripartito. Per tutto ciò, in attuazione dell'articolo 1, comma 266, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, con Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 19 dicembre 2022, è stato assegnato complessivamente alle Regioni un importo pari a euro 877.384.796, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, commi 442 e 443, della legge 30 dicembre 2020, n. 178. Pertanto, a valere sulle risorse stanziare dall'art. 1, comma 81, della legge 27 dicembre 2019, n. 160 e dall'art. 1, commi 442 della legge n. 178/2020, residuano per la sottoscrizione di Accordi di Programma, risorse pari a euro 3.122.615.204.

In ultimo, l'art. 1 comma 263 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Legge di Bilancio 2022), ha incrementato il programma di finanziamento art. 20 legge n. 67/1988 di ulteriori euro 2.000.000.000,00, ripartiti alle Regioni con Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 20 luglio 2022, di cui euro 1.900.000.000,00 alle Regioni ed euro 100.000.000,00 come riserva per interventi urgenti del Ministro. Premesso quanto sopra indicato, alla data del 31/03/2023, le risorse complessive destinate alla sottoscrizione di Accordi di programma sono pari a euro 24.308.573.571,91, come riportato nella tabella 2. A fronte di tali risorse, sono stati sottoscritti n. 92 Accordi di Programma tra Ministero della salute, Ministero dell'economia e delle finanze, Regioni e Province autonome per un importo complessivo a carico dello Stato pari euro 14.007.187.282,65 di cui euro 12.045.937.379,80 ammessi a finanziamento, pari a circa l'86% delle risorse impegnate in Accordi di Programma sottoscritti.

Tenuto quanto sopra esposto, le risorse ad oggi disponibili per la sottoscrizione di nuovi Accordi di programma ammontano complessivamente a euro 10.301.386.289,26.

REGIONI	Risorse destinate ad Accordi di programma (Delibere CIPE nn. 52/98 al netto delle risorse assegnate con CIPE n. 53/98 - 65/2002 - 98/2008 - 97/2008)	Risorse destinate ad Accordi di programma (Delibere CIPE n. 51/2019)	Legge n. 160 del 27/12/2019 (Legge di bilancio 2020)  Ripartiti con Legge di Bilancio 2021 (art. 1 comma 443 della L. n. 178/2020)	Legge n. 178 del 30/12/2020 (Legge di bilancio 2021)  Ripartiti con la stessa Legge (art. 1, comma 442)	Importo complessivo art. 1 comma 264 e 265 legge n. 234/2021 (RIPARTO PANFLU) DM 19/12/2022 (Copertura a valere sulle risorse assegnate alle Regioni ai sensi dell'art. 1, commi 442 e 443 L. n. 178/2020)	Art. 1, comma 263, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Legge di Bilancio 2022).  Ripartiti con D.M. 20 luglio 2022 (G.U. 243 del 17/10/2022)	Risorse destinate ad Accordi di programma al 31/03/2023  <i>al netto del RIPARTO PANFLU</i>	Valore degli Accordi di programma sottoscritti al 31/03/2023  <i>al netto delle REVOCHE</i>	Risorse residue per Accordi di programma da sottoscrivere	% risorse sottoscritte su risorse destinate	Risorse ammesse a finanziamento a valere sugli Accordi sottoscritti al 31/03/2023	% risorse ammesse a finanziamento a valere su accordi sottoscritti
	A	b	c	d	e	f	g=a+b+((c+d)-e)+f	h	i=g-h	l=h/g	m	n=m/h
<b>Piemonte</b>	1.049.050.970,75	301.337.883,29	149.995.638	149.995.638	62.283.090	142.614.541,40	1.730.711.581,44	1.001.440.580,69	729.271.000,75	57,86%	1.000.022.477,46	99,86%
<b>Valle D'Aosta</b>	43.750.726,69	8.592.551,11	4.279.607	4.279.607	1.846.464	4.090.780,19	63.146.807,99	43.750.726,69	19.396.081,30	69,28%	43.750.726,69	100,00%
<b>Lombardia</b>	2.072.650.893,53	672.620.506,12	338.911.921	338.911.921	187.602.632	324.588.823,97	3.560.081.433,61	2.024.565.080,79	1.535.516.352,82	56,87%	2.024.564.030,64	100,00%
<b>P.A. Bolzano</b>	115.118.394,47	0,00	0	0	0	0,00	115.118.394,47	115.118.394,47	0,00	100,00%	67.688.907,21	58,80%
<b>P.A. Trento</b>	120.681.208,66	0,00	0	0	0	0,00	120.681.208,66	93.494.437,81	27.186.770,85	77,47%	93.494.437,53	100,00%
<b>Veneto</b>	1.036.274.367,52	330.156.845,63	165.817.819	165.817.819	74.882.888	158.547.781,06	1.781.731.744,21	1.366.431.213,12	415.300.531,09	76,69%	1.036.274.190,23	75,84%
<b>F. V. Giulia</b>	291.309.045,34	83.973.045,98	42.035.924	42.035.924	21.397.542	40.111.915,61	478.068.312,92	291.309.045,34	186.759.267,59	60,93%	291.309.045,34	100,00%
<b>Liguria</b>	493.575.788,73	110.097.081,15	54.597.532	54.597.532	18.214.740	51.557.683,57	746.210.877,45	469.825.788,57	276.385.088,88	62,96%	469.825.788,55	100,00%
<b>E. Romagna</b>	947.129.466,77	302.427.964,21	151.984.333	151.984.333	63.470.468	145.983.686,24	1.636.039.315,22	1.084.257.430,87	551.781.884,35	66,27%	990.354.205,89	91,34%
<b>Toscana</b>	877.519.531,08	256.783.807,67	128.277.406	128.277.406	22.212.963	122.029.370,14	1.490.674.557,89	1.079.316.832,61	411.357.725,28	72,40%	906.426.616,33	83,98%
<b>Umbria</b>	138.243.376,26	60.912.866,49	30.356.161	30.356.161	15.294.558	28.771.021,70	273.345.028,45	135.074.176,26	138.270.852,19	49,42%	135.073.352,55	100,00%
<b>Marche</b>	325.518.745,14	104.901.558,52	52.175.686	52.175.686	10.656.401	49.758.970,85	573.874.245,51	325.190.232,89	248.684.012,62	56,67%	325.190.232,87	100,00%
<b>Lazio</b>	1.227.197.342,08	393.504.872,64	196.972.051	196.972.051	90.752.236	185.587.800,26	2.109.481.880,98	915.144.997,89	1.194.336.883,09	43,38%	868.565.640,47	94,91%
<b>Abruzzo</b>	359.623.125,67	89.553.634,33	44.568.303	44.568.303	39.351.979	42.301.588,01	541.262.975,00	131.100.370,06	410.162.604,94	24,22%	130.649.843,76	99,66%
<b>Molise</b>	127.704.610,91	21.141.681,58	10.439.754	10.439.754	6.165.648	9.893.227,17	173.453.379,66	27.400.391,75	146.052.987,91	15,80%	27.400.391,75	100,00%
<b>Campania</b>	1.721.752.226,57	378.951.360,64	189.189.504	189.189.504	99.175.078	179.343.556,12	2.559.251.073,33	1.721.752.226,56	837.498.846,77	67,28%	1.209.024.726,75	70,22%
<b>Puglia</b>	1.204.450.339,41	270.259.132,05	134.679.197	134.679.197	41.189.559	127.278.208,68	1.830.156.515,14	958.669.424,91	871.487.090,23	52,38%	640.229.424,91	66,78%
<b>Basilicata</b>	203.662.954,87	38.366.547,61	19.025.229	19.025.229	2.933.416	17.987.628,17	295.134.172,65	174.008.578,72	121.125.593,93	58,96%	174.008.578,71	100,00%
<b>Calabria</b>	608.640.239,97	130.455.585,90	64.878.966	64.878.966	22.341.549	60.813.104,56	907.325.313,43	350.145.425,09	557.179.888,34	38,59%	339.592.975,80	96,99%
<b>Sicilia</b>	1.774.433.072,60	334.231.428,93	165.977.327	165.977.327	76.433.332	155.842.837,65	2.520.028.661,18	1.395.399.231,69	1.124.629.429,49	55,37%	968.833.827,07	69,43%
<b>Sardegna</b>	547.671.940,89	111.731.646,15	55.837.641	55.837.641	21.180.253	52.897.474,67	802.796.090,71	303.792.695,87	499.003.394,84	37,84%	303.657.959,29	99,96%
<b>TOTALE</b>	<b>15.285.958.367,91</b>	<b>4.000.000.000,00</b>	<b>2.000.000.000</b>	<b>2.000.000.000</b>	<b>877.384.796</b>	<b>1.900.000.000,00</b>	<b>24.308.573.571,91</b>	<b>14.007.187.282,65</b>	<b>10.301.386.289,26</b>	<b>57,62%</b>	<b>12.045.937.379,80</b>	<b>86,00%</b>

## Sezione n. 2: *Quesiti formulati dalla Commissione*

1) **Il 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 di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67 è stato avviato oltre trent'anni fa.**

**Il Ministero della salute, oltre che nella fase di definizione del fabbisogno, interviene pressoché in tutte le fasi del processo: dalla definizione dei piani di riparto, all'approvazione degli accordi di programma, all'ammissione al finanziamento degli interventi.**

**Quale o quali sono le fasi che richiedono maggior *effort* per il Ministero della salute, che valore aggiunto danno al processo, quanto e in che misura codesta Amministrazione ritiene che tali fasi possano essere "semplificate" sotto il profilo normativo, senza pregiudicare l'efficacia del processo stesso.**

Le risorse finanziarie per l'attuazione del programma straordinario degli investimenti pubblici in sanità di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 sono assicurate dalle leggi di bilancio, sulla base degli sviluppi della programmazione negoziata tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, con il concerto del 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. Negli anni passati le risorse venivano ripartite alle singole Regioni con delibera del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) e successivamente, in fase di stanziamento, direttamente con la legge di bilancio. Da ultimo, la ripartizione è avvenuta con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 20 luglio 2022, in ottemperanza a quanto disposto con l'art. 1, comma 263 della legge 30/12/2021 n. 234.

Le Regioni utilizzano le risorse a loro assegnate attraverso la sottoscrizione di Accordi di Programma ai sensi dell'art. 5 bis del D.Lgs. n. 502/1992, come introdotto dal D.Lgs. n. 229/1999 con il Ministero della salute, di concerto con il 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 di Bolzano.

Le Regioni possono presentare una proposta progettuale complessiva o individuare delle proposte parziali (cd "stralci attuativi").

Le procedure per la sottoscrizione e l'attivazione degli Accordi di Programma 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:

- Protocollo d'intesa;

- documento programmatico,
- articolato contrattuale,
- 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 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). L'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.

La scheda tecnica, conforme a quella contenuta nel sistema "Osservatorio", riporta le informazioni principali di ciascun intervento contenuto nell'Accordo.

Per agevolare la predisposizione del documento programmatico è stata elaborata una Metodologia per la Valutazione ex Ante (Me.xA). Il fine è quello di rendere omogenee le informazioni e l'approccio programmatico illustrato dalle Regioni. La Me.xA ha una duplice valenza: supporto metodologico alle Regioni per la formulazione dei documenti programmatici per la sottoscrizione degli Accordi di Programma e strumento per la valutazione ex Ante dei documenti programmatici da parte del Nucleo di Valutazione di verifica degli investimenti pubblici in sanità.

Nel documento programmatico sono riportate le seguenti sezioni:

1. *"Analisi socio sanitaria economica e rispondenza della strategia rispetto ai bisogni identificati"*. La suddetta sezione richiede, in particolare, la situazione del contesto e i bisogni conseguenti, il Quadro epidemiologico, demografico e socio-economico, l'analisi della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso, il Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extra regionale), l'Offerta ante operam, che rappresenta l'offerta sanitaria e socio sanitaria in termini organizzativo- funzionali, strutturali e tecnologici e l'Identificazione dei bisogni assistenziali;
2. *"Logica e coerenza interna della strategia"*. In tale parte del documento deve essere descritta la strategia del Programma segnalando gli obiettivi (generali, specifici e operativi) che si intendono raggiungere, gli interventi progettuali, previsti nel programma, che saranno poi descritti nelle schede tecniche, rapportandoli agli obiettivi generali e specifici e l'offerta post operam.
3. *"Coerenza della strategia con le politiche nazionale e regionali e con le strategie comunitarie"*. In tale paragrafo viene posta l'attenzione sulla sostenibilità degli interventi (sostenibilità economica e finanziaria, amministrativa e gestionale, sostenibilità delle risorse umane, sostenibilità ambientale, sostenibilità di interventi per attività miste assistenziali/scientifiche).

4. *“Risultati attesi e valutazione degli impatti”*. Tale sezione è dedicata alla descrizione dei risultati che si prevedono dalla attuazione del Programma, sistema di indicatori, idonei a fornire informazioni sul raggiungimento degli obiettivi del programma (Indicatori di contesto, indicatori di programma e indicatori di efficacia ed efficienza).
5. *“Sistema di attuazione proposti”*. Infine in questa parte conclusiva del documento sono descritti i sistemi e criteri per la gestione ed il monitoraggio del Programma di investimenti oggetto dell’Accordo.

Al fine di garantire una valutazione tecnica e di sostenibilità economica e finanziaria degli interventi previsti nella proposta di Accordo di programma, è altresì richiesta alle Regioni anche la trasmissione degli studi di fattibilità, all’interno dei quali, come noto, sono riportate le caratteristiche funzionali, tecniche, gestionali ed economico-finanziarie delle opere da realizzare.

Il Ministero della salute sta lavorando sulla semplificazione del documento denominato “MexA” soprattutto per la parte relativa alle variabili di contesto e sul suo miglioramento in un’ottica di valorizzazione principalmente dei livelli progettuali, in quanto un alto livello di progettualità consente la realizzazione dell’opera in tempi definiti.

La proposta di Accordo, predisposta secondo le indicazioni sopra riportate, è sottoposta alla valutazione del Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici in sanità del Ministero della salute.

Il Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici in sanità, composto da tre rappresentanti del Ministero della salute, tre esperti designati dal Ministro della salute, quattro esperti delle Regioni, designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e tre esperti designati dall’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, esprime pareri obbligatori sui programmi di interventi da sottoporre all’esame della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per l’acquisizione della relativa Intesa.

Successivamente si procede ad acquisire il concerto da parte del Ministero dell’economia e delle finanze e l’intesa della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome.

L’attivazione dell’Accordo di programma avviene con la sottoscrizione dell’articolato contrattuale da parte della Regione, del Ministero della Salute e del Ministero dell’economia e delle finanze.

In seguito a quanto stabilito dalla citata delibera CIPE n. 141/1999, al Ministero della salute compete una funzione importante e precisamente l’ammissione a finanziamento dei progetti in materia di edilizia sanitaria.

Ai fini dell’ammissione a finanziamento degli interventi ricompresi nell’Accordo di Programma sottoscritto, le Regioni, presentano istanza al Ministero della salute secondo le modalità previste dal citato 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” a integrazione dell’Accordo del 19 dicembre 2002.

La richiesta avviene quando le Regioni hanno a disposizione tutti gli atti necessari ad attivare le procedure di gara.

Conclusa l'istruttoria, l'intervento viene ammesso a finanziamento con Decreto Dirigenziale del Ministero della salute e il trasferimento delle risorse avviene a seguito di presentazione da parte della Regione al Ministero dell'economia e delle finanze degli stati di avanzamento dei lavori.

**2) Nel rapporto su “L’attuazione del programma straordinario per la ristrutturazione edilizia e l’ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario” di cui alla deliberazione 9 marzo 2018, n. 4/2018/G della Corte dei conti, tra gli elementi di criticità relativi alle attività di programmazione, si faceva riferimento a proposte di modifica della c.d. MEXA (metodologia ex ante), allora “all'esame dell'Ufficio di Gabinetto del Ministero della salute” che tuttavia, alla data attuale, non risulta aver avuto seguito.**

**Ad avviso di codesta Amministrazione, quali sono gli elementi di semplificazione che possono essere apportati alla fase di programmazione degli interventi e che potranno consentire una più celere realizzazione degli stessi, senza pregiudicare la finalità del programma pluriennale?**

Un primo elemento di semplificazione e di accelerazione potrebbe consistere nell'introduzione di strumenti normativi e amministrativi finalizzati a incentivare le Regioni nel presentare già in fase di sottoscrizione dell'Accordo di programma interventi provvisti di progettazione esecutiva, ciò consentirebbe di ridurre notevolmente le tempistiche di realizzazione delle opere infrastrutturali.

A seguito delle osservazioni della Corte dei Conti e dell'informativa del Ministero della salute del 14 aprile 2022 sullo stato di avanzamento del programma straordinario di edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, il CIPESS ha istituito un Tavolo tecnico interistituzionale in materia di edilizia sanitaria, riqualificazione ed ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.

Al suddetto Tavolo, coordinato dal Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, partecipano il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, Regioni, AGENAS, Cassa depositi e prestiti e i Dipartimenti per Affari Regionali, Coesione, Trasformazione digitale.

Il Tavolo Interministeriale si è posto l'obiettivo di effettuare un'analisi delle criticità riscontrate dalle regioni che limitano il pieno utilizzo delle risorse stanziare in maniera efficiente ed efficace, nonché la realizzazione degli investimenti in modo tempestivo.

Il Tavolo è stato, inoltre, un importante strumento per la condivisione di possibili soluzioni per semplificare e accelerare l'attuazione degli investimenti. Per questo motivo, nel corso del 2022, si è proceduto ad effettuare un ciclo di audizioni che ha coinvolto tutte le Regioni e province autonome.

Dagli incontri del Tavolo tecnico del CIPESS è emersa la proposta di istituire un fondo rotativo da mettere a disposizione delle Regioni per facilitare lo sviluppo della progettazione in modo da poter elevare il livello di

progettazione degli interventi da candidare negli Accordi di Programma, in ragione delle risorse finanziarie a disposizione.

Ulteriore elemento emerso nel corso delle audizioni è costituito dai differenti assetti organizzativi adottati da ogni Regione rispetto alla tematica degli investimenti. Nello specifico sono emerse criticità inerenti la funzione di gestione e di monitoraggio. A tal fine potrebbe essere utile definire delle linee guida per standardizzare i processi base al fine di condividere le migliori pratiche.

**3) "Al fine di razionalizzare l'utilizzazione delle risorse per l'attuazione del programma", con l'articolo 1, comma 310 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, è stata disciplinata la revoca dei finanziamenti.**

**In particolare, il finanziamento previsto per lo specifico intervento viene revocato qualora, nei trenta mesi successivi alla sottoscrizione dell'accordo, non sia presentata l'istanza di ammissione al finanziamento. Il finanziamento viene altresì revocato qualora, decorsi diciotto mesi dall'ammissione al finanziamento, l'ente attuatore non abbia provveduto all'aggiudicazione dell'intervento.**

**Anche alla luce dell'ampliamento dei termini per l'esercizio della revoca, disposti con la legge 27 dicembre 2017, n. 205, quali sono ad avviso di codesta amministrazione le criticità e i limiti connessi ai provvedimenti di revoca e quali ulteriori interventi normativi si ritiene siano opportuni.**

Nella valutazione sullo stato di attuazione del programma occorre tener conto di quanto normato dalla legge finanziaria 2006 (Legge n. 266/2005) all'articolo 1, commi 310, come modificato dall'articolo 1, comma 436 della legge 27 dicembre 2017 n. 205, che ha disposto, la risoluzione degli accordi di programma, con la conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa, per quella parte di interventi la cui richiesta di ammissione al finanziamento non risulta presentata al Ministero della salute entro trenta mesi dalla sottoscrizione degli accordi medesimi.

La disposizione si applica anche agli interventi per i quali la richiesta di finanziamento risulti presentata, ma valutata non ammissibile entro trentasei mesi dalla sottoscrizione degli Accordi medesimi, nonché agli interventi ammessi a finanziamento per i quali, entro diciotto mesi dalla relativa comunicazione alla Regione o Provincia Autonoma, gli enti attuatori non abbiano proceduto alla aggiudicazione dei lavori, salvo proroga autorizzata dal Ministero della salute.

Le risorse complessivamente rese disponibili vengono utilizzate per le finalità indicate dall'articolo 1, comma 311, della citata legge n. 266/2005 e restano nella disponibilità programmatica della Regione assegnataria. A seguito dell'emissione del Decreto Interministeriale di revoca, le Regioni, al fine di utilizzare le risorse che si renderanno disponibili, potranno presentare un nuovo Accordo di Programma secondo le modalità previste 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" a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002.

Ad oggi risultano revocati finanziamenti per un complessivo di euro 1.588.937.183,44, come indicato in Allegato 1.

Sulla base dell'esperienza maturata le principali ragioni che hanno determinato provvedimenti di revoca sono riconducibili alle seguenti fattispecie:

- diverso indirizzo politico regionale che determina rivalutazioni della programmazione degli investimenti definita negli Accordi di Programma già sottoscritti;
- individuazione di interventi con basso livello di progettualità che non permettono l'immediata appaltabilità nei tempi definiti dalla norma sopraccitata;
- avvio della procedura del contenzioso tra le parti. I diversi contenziosi nascono sia in fase di procedura o aggiudicazione di una gara oppure nelle fasi di realizzazione dell'opera infrastrutturale.

**4) Nel Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica della Corte dei conti, a pag. 302, la Tavola 23 riporta il “Monitoraggio degli accordi di programma - Stato di attuazione” con i dati al 31 dicembre 2020.**

**È possibile avere un aggiornamento del prospetto al 31 dicembre 2021 e al 31 dicembre 2022?**

Si allega lo stato di attuazione del Programma straordinario degli investimenti pubblici in sanità di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988 al 31/12/2021 e al 31/12/2022 (All. 2)

**5) In quale misura possiamo escludere che le criticità riscontrate nell'attuazione del programma pluriennale ex art. 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67 non si manifestino anche per le misure previste per la realizzazione degli investimenti di cui alla Missione 6 del PNRR?**

Nella fase preparatoria del PNRR - Missione 6 il Ministero della salute ha effettuato un lungo lavoro con le Regioni e P.A, con incontri serrati e puntuali volti a definire i fabbisogni, sia nell'ambito degli standard poi fissati dal DM 77/2022 sia con riferimento ai fabbisogni inerenti l'ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie e la digitalizzazione dei DEA di I e II livello che con riferimento agli interventi per l'antisismica e il potenziamento dell'offerta ospedaliera di posti letto di TI, TSI (art. 2, DL 34/2020). Tale fase è stata, pertanto, propedeutica alla sottoscrizione dei Contratti Istituzionali di Sviluppo e alla definizione dell'allegato “Piano operativo” contenente l'individuazione analitica di tutti gli interventi.

Come noto la Missione 6 del PNRR, si struttura in 2 componenti.

La Componente 1, prevede i seguenti investimenti:

- L'investimento 1.1 “Case della Comunità e presa in carico della persona”, per un importo complessivo di 2 miliardi di euro, prevede la realizzazione di almeno 1.350 Case di Comunità, quale punto unico di accesso

alle prestazioni sanitarie, in cui opererà un team multidisciplinare, attraverso un modello di intervento integrato basato su una rete di Case della comunità Hub aperte h 24 al giorno 7 giorni su 7 e di case della comunità Spoke aperte 12 h al giorno e 6 giorni su 7.

- L'Investimento 1.2 “Casa come primo luogo di cura e Telemedicina”, per un importo complessivo pari a 4 miliardi di euro, prevede i seguenti sub-investimenti:
  - Il sub-investimento 1.2.1 “Assistenza domiciliare”, per un importo complessivo di 2,72 miliardi di euro, mira ad aumentare il numero di persone trattate in ADI fino a raggiungere il 10% della popolazione over 65 (1.509.814 persone nel 2026), aumentando il numero di assistiti over 65 in ADI di 807.970 unità.
  - Il sub-investimento 1.2.2 “Centrali operative territoriali (COT)”, per un importo complessivo di 280 milioni di euro, prevede l'attivazione di almeno 600 Centrali operative territoriali (una ogni 100 000 abitanti) con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza, al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure.
  - Il sub-investimento 1.2.3 “Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici”, per un importo complessivo di 1 miliardo di euro, mira a promuovere e finanziare lo sviluppo di nuovi progetti di telemedicina per l'assistenza a distanza da parte dei sistemi sanitari regionali, con lo scopo di assistere almeno 200.000 persone sfruttando strumenti di telemedicina.
- L'investimento 1.3 “Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture – Ospedali di Comunità”, per un importo complessivo di 1 miliardo di euro, consiste nella realizzazione di almeno 400 Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche. Gli ospedali comunitari sono strutture sanitarie destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica.

La Componente 2, prevede i seguenti investimenti:

- Investimento 1.1 “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero” per una spesa complessiva pari a 4,05 miliardi, dove sono stati programmati interventi individuati dalle Regioni. Nel dettaglio sono programmati i seguenti interventi:
  - L'investimento 1.1.1 - Ammodernamento del parco tecnologico (Digitalizzazione DEA I e II livello), per un importo complessivo di 1.450.110.000 euro. Consiste nel migliorare la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità. L'investimento si riferisce al potenziamento del livello di digitalizzazione delle 280 strutture sede di DEA (Dipartimenti di emergenza e accettazione) di I livello e di II livello.
  - L'investimento 1.1.1 - Digitalizzazione - Rafforzamento strutturale SSN (“progetti in essere” ex art. 2, DL 34/2020), con un importo di 1.413.145.000 euro si riferisce al potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva. Nello specifico, così come previsto dalla Decisione di Esecuzione del Consiglio dell'Unione Europea “*la dotazione di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva e 4.200 posti*

*letto di terapia semi-intensiva con la relativa apparecchiatura di ausilio alla ventilazione deve essere resa strutturale”.*

- L'investimento 1.1.2 - Ammodernamento del parco tecnologico (Grandi apparecchiature), per un importo complessivo di 1.189.155.000 euro consiste nel migliorare la digitalizzazione dell'assistenza e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità. L'investimento si riferisce all'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero tramite la sostituzione di almeno 3.133 grandi apparecchiature (TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistema Radiologico Fisso, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi) caratterizzate da una vetustà maggiore di 5 anni.
- Investimento 1.2 “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”, per un importo complessivo pari a euro 638.851.083,58, ha come obiettivo la realizzazione di almeno 109 interventi finalizzati ad adeguare le strutture ospedaliere alle attuali norme antisismiche.

Infine, nel Piano Nazionale per gli investimenti complementari (PNC), è previsto l'investimento 2) “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”, finanziato con le risorse del Fondo Complementare per un importo complessivo pari a euro 1.450.000.000. Ha come obiettivo la realizzazione di 220 interventi finalizzati ad adeguare le strutture ospedaliere alle attuali norme antisismiche. Tale intervento si colloca in complementarità con gli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in corrispondenza dell'Investimento 1.2 “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” - Missione 6.

Lo strumento operativo per la realizzazione degli interventi è il Contratto istituzionale di sviluppo (CIS) convenuto tra le amministrazioni centrali e le regioni. Tale strumento infatti è finalizzato a sostenere la coesione territoriale, lo sviluppo e la crescita economica e ad accelerare l'attuazione di interventi di notevole complessità.

Lo schema tipo di CIS e di Piano operativo regionale (POR) è stato approvato, previa acquisizione dell'Intesa Stato-Regioni nella seduta del 30 marzo 2022, con decreto del Ministero della Salute del 5 aprile 2022.

Successivamente entro la data 31 maggio 2022 sono stati firmati i Contratti istituzionali di sviluppo (CIS) con tutte le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in anticipo di circa di 1 mese rispetto alla scadenza prevista dal PNRR. Infine con Decreto del Ministro della salute del 21 giugno 2022 sono stati approvati i CIS sottoscritti con le singole Regioni e P.A.

Va evidenziato che il POR costituisce un documento integrante del CIS, di cui è allegato e ricomprende l'aggregato di tutte le iniziative progettuali per cui la singola Regione/Provincia Autonoma è chiamata all'attuazione. Esso è comprensivo degli Action Plan, dei cronoprogrammi di attuazione, dei riferimenti finanziari e individua per ciascun intervento Milestone e dei Target intermedi che saranno oggetto di monitoraggio e valutazione.

Nel CIS sono, poi, individuati tutti i soggetti attuatori e gli enti coinvolti nella realizzazione degli interventi. Per ciascuna delle parti coinvolte sono, inoltre, declinati obblighi e impegni.

L'attuazione, la gestione e il monitoraggio del CIS nonché l'implementazione degli interventi previsti dal programma operativo è assicurata attraverso tre organismi fondamentali:

- Il Tavolo istituzionale di sviluppo;
- Il Responsabile unico di contratto.
- Il Nucleo tecnico;

Il Tavolo istituzionale di sviluppo è presieduto dal Ministro della salute ed è composto dal Presidente della Regione/P.A. 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. Il 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 Piano Operativo, alla luce degli esiti conseguenti all'attuazione dei singoli interventi che lo compongono;
- approvare le proposte di definanziamento, eventualmente necessarie.

Il Responsabile Unico di Contratto (RUC) è il soggetto incaricato del coordinamento e della vigilanza sull'attuazione del CIS ed è individuato nel Direttore generale dell'Unità di missione per il PNRR del Ministero della Salute.

Al RUC, che si avvale del supporto del Nucleo tecnico, sono affidati i seguenti compiti:

- coordinare il processo complessivo di esecuzione del CIS;
- acquisire dai referenti unici delle Parti le informazioni relative allo stato di esecuzione degli impegni assunti e porre in essere tutte le azioni necessarie per accelerare il processo di esecuzione e prevenire ritardi insanabili che possano comportare il ricorso alla procedura prevista ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108;
- acquisire dal soggetto attuatore, per il tramite del referente unico, le informazioni relative allo stato di esecuzione dei suddetti interventi;
- sottoporre, su proposta del soggetto attuatore, al Tavolo Istituzionale eventuali rimodulazioni delle schede intervento, ivi compresa la proposta di rimodulazione dei finanziamenti afferenti ai singoli interventi;
- rendere operativi gli indirizzi del Tavolo Istituzionale, attraverso un'azione diretta di coordinamento e di supporto al Soggetto Attuatore degli interventi di cui alle Schede intervento;
- riscontrare lo stato di avanzamento degli interventi ed il rispetto del cronoprogramma previsto nelle singole schede intervento, al fine di riferire al Tavolo Istituzionale;
- comunicare al Tavolo Istituzionale gli esiti delle attività di controllo e valutazione e segnala eventuali ritardi e inadempienze ai sensi dell'articolo 12 del sopracitato decreto legge, per le conseguenti iniziative, anche ai fini dell'attivazione dei poteri straordinari e sostitutivi da parte del Ministro della salute;

- attivare gli strumenti e le iniziative utili a garantire la trasparenza e l'accesso alle informazioni connesse agli interventi;
- validare i dati di monitoraggio sull'avanzamento fisico e finanziario degli interventi del PNRR inseriti dal/dai Soggetti Attuatori, nel sistema Unitario "ReGiS".

Il Nucleo Tecnico è costituito dal Dirigente dell'Ufficio 1 dell'Unità di Missione del Ministero della salute o suo delegato, dalle figure dirigenziali delle competenti direzioni del Ministero della Salute in ragione della specifica competenza delle medesime con riferimento agli specifici interventi e dal Direttore dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, fornisce supporto tecnico al RUS per le seguenti attività:

- coordinare e dare impulso all'attuazione degli interventi;
- monitorare, valutare e verificare gli interventi di cui al Piano Operativo e alle relative schede intervento;
- valutare le eventuali proposte di rimodulazione degli interventi presentate dalla Regione/Provincia Autonoma al RUC;
- rendere operativi gli indirizzi del Tavolo Istituzionale, attraverso un'azione diretta di coordinamento e di supporto al Soggetto Attuatore per l'attuazione degli interventi di cui alle Schede intervento.

Tale governance rappresenta una novità rispetto alla gestione degli interventi infrastrutturali finanziati dall'art. 20 e dovrebbe consentire un'azione di monitoraggio e valutazione costante e più efficace dell'attuazione di ogni singolo intervento.

Al fine di accelerare gli interventi previsti dalla Missione 6, sono stati messi a disposizione dei diversi soggetti attuatori e dei diversi Enti coinvolti nella realizzazione delle opere, una serie di strumenti quali:

- Accordi quadro CONSIP per l'ammodernamento del parco tecnologico e la digitalizzazione della rete ospedaliera;
- Accordi quadro INVITALIA per la realizzazione degli interventi infrastrutturali (Casa di Comunità. Ospedale di Comunità, Interventi di antisismica, etc.) per le seguenti procedure<sup>1</sup>:
  - o Lavori e servizi di ingegneria e architettura per edifici civili e impianti tecnologici;
  - o Lavori e servizi di ingegneria e architettura per edifici tutelati;
  - o Lavori e servizi di ingegneria e architettura per edifici civili, componenti strutturali e opere speciali.

---

<sup>1</sup> I Lotti prestazionali richiesti nelle tre procedure riguardano Servizi tecnici, Verifica, Appalto integrato, Lavori e Collaudo.