



*Tavolo tecnico interistituzionale in materia di edilizia sanitaria
riqualificazione e ammodernamento tecnologico del patrimonio
sanitario pubblico (art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67)*

Senato della Repubblica – Commissione X – Indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche nel quadro della Missione 6 del PNRR

Audizione del Tavolo tecnico interistituzionale in materia di edilizia sanitaria, riqualificazione e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico – Dipartimento per la programmazione ed il coordinamento della politica economica – Presidenza del Consiglio dei ministri – 28 giugno 2023

1. Introduzione

L'articolo 20, comma 1, della legge 11 marzo 1988, n. 67 ha previsto l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico 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.

Mediante tale articolo, il legislatore ha autorizzato l'esecuzione della prima fase del Programma straordinario di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico (di seguito Programma); fase che poi si è conclusa nel 1996.

A partire dal 1998 il Programma è proseguito con la seconda fase di investimenti e, negli anni, è stato integrato con altri programmi specifici su aspetti ritenuti particolarmente significativi per il raggiungimento degli stessi obiettivi posti dall'art. 20 della legge n. 67/1988, che costituisce la norma fondamentale in materia.

L'art. 5-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'art. 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 art. 20 della legge n. 67/1988, *“possa stipulare accordi di programma con le regioni e con altri soggetti pubblici interessati, 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, 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”*.

Negli anni, la Corte dei conti¹ 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 strategico quale il servizio sanitario nazionale.

In considerazione di quanto osservato dalla Corte dei conti, il CIPESS, con delibera CIPE 24 luglio 2019, n. 51 ha previsto che il Ministero della salute sia tenuto a presentare, al Comitato medesimo, 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*, che ha dato avvio alle attività il 22 giugno 2022.

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.

Più specificamente, la Corte dei conti ed il Ministero della salute hanno rappresentato 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) ².**

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.

Il programma pluriennale ex art. 20 della legge n. 67/1988, articolato in più fasi, ha autorizzato un investimento che con diversi atti normativi, è stato elevato a complessivi **34 miliardi di euro**³, suddiviso per linee di finanziamento. Di questi, al 31 dicembre 2022, **24,3 miliardi** sono destinati ad essere utilizzati

¹ Osservazioni rese nella Relazione di cui alla Deliberazione della Corte dei conti del 9 marzo 2018, n. 4/2018/G.

² 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.

³ 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.

mediante **accordi di programma** (di seguito AdP) tra Ministero della salute, Ministero dell'economia e delle finanze, regioni e province autonome.

L'iter procedurale⁴ per la sottoscrizione degli accordi di programma prevede che l'elenco degli interventi, definito tra aziende e regione, sia approvato con delibera del consiglio o della giunta regionale e che, con la documentazione prevista, sia trasmesso dalla regione al Ministero della salute per l'istruttoria.

Il Ministero della salute, terminata l'istruttoria, sottopone gli interventi e la documentazione al *Nucleo tecnico per la valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità* per l'espressione del parere e, successivamente, sottopone la proposta di accordo di programma al Ministero dell'economia e delle finanze per la prevista concertazione.

Il Ministero della salute sottopone quindi la proposta di accordo di programma alla *Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano* per l'espressione della prevista intesa.

Acquisita l'intesa della Conferenza Stato-Regioni, il Ministro della salute e il Presidente della regione procedono alla sottoscrizione del *protocollo di intesa*, a cui fa seguito la sottoscrizione dell'articolato contrattuale dell'*accordo di programma*.

Una volta sottoscritto l'accordo, regioni e province autonome dispongono di un arco temporale di 30 mesi, prorogabili per circostanziati motivi, 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 per l'aggiudicazione delle procedure ad evidenza pubblica. Ad avvenuta autorizzazione le risorse statali possono essere erogate per stati di avanzamento lavori da parte del Ministero dell'economia e delle finanze.

Alla data del 31 dicembre 2022⁵, sono stati destinati ad accordi di programma **24,3 miliardi di euro**, a fronte dei quali sono stati **sottoscritti n. 91 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 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.

Le risorse, assegnate alle regioni e disponibili per la sottoscrizione di Accordi di programma, ammontano a **10,5 miliardi di euro**.

⁴Accordo 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 - Allegato A "*Modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità attraverso gli accordi di programma*, di cui all'articolo 5 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni e accordi di programma quadro art. 2, della legge 662/1996".

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).

Tabella 1 Programma pluriennale di investimenti in sanità art. 20 Legge n. 67/1988 Monitoraggio accordi di programma. Stato di attuazione al 31/12/2022

Programma pluriennale di investimenti in sanità art. 20 Legge n. 67/1988 MONITORAGGIO ACCORDI DI PROGRAMMA Stato di attuazione al 31/12/2022							
REGIONI	Risorse destinate ad Accordi di programma fino alla Legge di Bilancio 2022 <i>al netto del RIPARTO PANFLU</i>	Valore degli Accordi di programma sottoscritti al 2022 <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	% risorse ammesse a finanziamento a valere su accordi sottoscritti	Numero interventi ammessi a finanziamento
	a	b	c = a-b	d = b/a	e	f = e/b	g
Piemonte	1.730.711.581	1.001.440.581	729.271.001	57,86%	810.503.177	80,93%	151
Valle d'Aosta	63.146.808	43.750.727	19.396.081	69,28%	43.750.727	100,00%	8
Lombardia	3.560.081.434	2.024.565.081	1.535.516.353	56,87%	2.024.564.031	100,00%	230
P.A. Bolzano	115.118.394	115.118.394	0	100,00%	67.688.907	58,80%	7
P.A. Trento	120.681.209	93.494.438	27.186.771	77,47%	93.494.438	100,00%	11
Veneto	1.781.731.744	1.366.431.213	415.300.531	76,69%	1.036.274.190	75,84%	244
Friuli Venezia Giulia	478.068.313	291.309.045	186.759.268	60,93%	291.309.045	100,00%	8
Liguria	746.210.877	469.825.789	276.385.089	62,96%	469.825.789	100,00%	248
Emilia Romagna	1.636.039.315	1.084.257.431	551.781.884	66,27%	986.269.467	90,96%	280
Toscana	1.490.674.558	1.079.316.833	411.357.725	72,40%	906.426.616	83,98%	163
Umbria	273.345.028	135.074.176	138.270.852	49,42%	135.073.353	100,00%	75
Marche	573.874.246	325.190.233	248.684.013	56,67%	325.190.233	100,00%	119
Lazio	2.109.481.881	915.144.998	1.194.336.883	43,38%	859.250.947	93,89%	273
Abruzzo	541.262.975	131.100.370	410.162.605	24,22%	130.649.844	99,66%	54
Molise	173.453.380	27.400.392	146.052.988	15,80%	27.400.392	100,00%	10
Campania	2.559.251.073	1.721.752.227	837.498.847	67,28%	858.617.194	49,87%	106
Puglia	1.830.156.515	958.669.425	871.487.090	52,38%	640.229.425	66,78%	126
Basilicata	295.134.173	174.008.579	121.125.594	58,96%	174.008.579	100,00%	71
Calabria	907.325.313	350.145.425	557.179.888	38,59%	339.592.976	96,99%	26
Sicilia	2.520.028.661	1.205.399.232	1.314.629.429	47,83%	968.833.827	80,37%	213
Sardegna	802.796.091	303.792.696	499.003.395	37,84%	303.657.959	99,96%	199
TOTALE	24.308.573.572	13.817.187.283	10.491.386.289	56,84%	11.492.611.115	83,18%	2.622

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

2. I lavori del Tavolo

Dall'insediamento del Tavolo, avvenuto il 22 giugno 2022, si sono tenute cinque riunioni plenarie, l'audizione del Tavolo presso la Conferenza delle Regioni e province autonome e 21 audizioni delle singole regioni e province autonome presso il Tavolo, nonché numerosi incontri istruttori e tecnici.

Già nella prima riunione, a cui hanno preso parte tutte le amministrazioni e gli enti coinvolti (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, la Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome e la Cassa di Risparmio di Roma), sono stati condivisi gli obiettivi e le finalità, ovvero individuare i nodi critici e le inefficienze, con il coinvolgimento di regioni e province autonome, e proporre soluzioni rapide e concrete. È stato inoltre definito il cronoprogramma delle attività.

Per favorire la più ampia e costruttiva partecipazione di regioni e province autonome, è stata, quindi, concordata un'audizione del Tavolo presso la Conferenza delle Regioni e province autonome. Nel corso dell'audizione, che si è svolta il 27 luglio 2022, sono state illustrate le finalità e lo spirito del Tavolo ovvero la necessità di procedere, con una tempistica serrata, all'esame delle criticità che i diversi soggetti incontrano nelle diverse fasi di realizzazione degli interventi, per poi individuare le possibili soluzioni volte ad accelerarne il processo.

Nella **Seconda riunione del Tavolo**, che si è svolta il 3 agosto 2022, si è convenuto di richiedere a regioni e province autonome lo stato di attuazione degli interventi previsti dagli accordi di programma sottoscritti attraverso un prospetto definito dai rappresentanti della Conferenza delle regioni e condiviso dal Ministero della salute, dal Ministero dell'economia e delle finanze e dal DiPE e di procedere, in tempi serrati e secondo un calendario approvato dal Tavolo, all'audizione di ciascuna regione e provincia autonoma per individuare le principali criticità riscontrate nell'attuazione degli interventi nonché gli eventuali casi di successo.

Nel periodo dal 20 settembre al 13 ottobre si sono svolte le 21 audizioni al Tavolo (Tabella 2) delle singole regioni e delle province autonome. Gli incontri sono stati proficui e ricchi di informazioni sulle difficoltà incontrate dalle strutture nelle quattro macro-fasi del processo: programmazione, progettazione, attuazione e rendicontazione.

Gli incontri hanno inoltre consentito di evidenziare le diverse modalità con cui i soggetti auditi hanno affrontato le criticità riscontrate nella realizzazione degli interventi, superandole, in alcuni casi, attraverso l'adozione di misure di carattere organizzativo, procedurale e normativo.

Nel corso degli incontri, dal momento che emergevano problematiche comuni, casi particolari e anche soluzioni diverse e spesso interessanti adottate nel corso degli anni, è stato chiesto a regioni e province autonome di predisporre una relazione sintetica, secondo uno specifico *format* definito dal Tavolo - da trasmettere entro il 15 novembre 2022 - con evidenza dei seguenti elementi:

- interventi d'interesse generale per le specifiche caratteristiche, descrivendone l'iter (programmazione, progettazione, ammissione a finanziamento, aggiudicazione, lavori e liquidazione);
- strutture tecniche regionali e aziendali che gestiscono i programmi di investimento di edilizia sanitaria e i lavori ad essi conseguenti (Organigramma, ruoli, numero di personale);

- sistema di programmazione regionale per l'edilizia sanitaria, l'inquadramento e le relative modalità di funzionamento;
- eventuali obiettivi di performance per i dirigenti apicali delle aziende sanitarie collegati alla realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria e se tali obiettivi siano previsti dalla normativa regionale;
- principali punti deboli della filiera che comportano ritardi nell'attuazione degli interventi;
- eventuali strategie, definite a livello regionale, per migliorare la filiera dell'edilizia sanitaria come, ad esempio, fondi di rotazione, sistemi di monitoraggio, strutture di supporto, etc.

Tabella 2 - Audizioni al Tavolo di regioni e province autonome

Data	Regione o Provincia autonoma
20 settembre 2022	Basilicata; Abruzzo
21 settembre 2022	Umbria
22 settembre 2022	Campania; Calabria
27 settembre 2022	Emilia-Romagna
28 settembre 2022	Valle d'Aosta
29 settembre 2022	Liguria; Lazio
04 ottobre 2022	Marche; Lombardia
05 ottobre 2022	Veneto
06 ottobre 2022	Molise
11 ottobre 2022	Friuli-Venezia Giulia; Toscana
12 ottobre 2022	Sardegna; Provincia autonoma di Trento; Provincia autonoma di Bolzano
13 ottobre 2022	Piemonte; Sicilia; Puglia

2.1 Sintesi delle evidenze indicate dalle regioni e province autonome nelle relazioni

Dalle audizioni e da un primo esame delle relazioni regionali sono emerse alcune indicazioni sui punti di forza e di debolezza riguardo alla realizzazione degli interventi.

Elementi di debolezza nella filiera che comportano ritardi nell'attuazione degli interventi.

Le criticità sono state distinte, laddove possibile, per ciascuna macro fase del processo:

- 1) **Programmazione** (dalla proposta da parte dell'azienda sanitaria alla sottoscrizione dell'accordo);
- 2) **Progettazione** (fino all'aggiudicazione definitiva dell'appalto, compresa quindi la definizione dell'eventuale contenzioso);
- 3) **Attuazione** (dall'apertura del cantiere, fino all'ultimo pagamento/rimborso da parte del MEF);
- 4) **Rendicontazione** (dalla conclusione dell'intervento alla richiesta di rimborso del saldo finale dei fondi art. 20 e la determinazione della relativa economia).

Problematiche che si ripercuotono su tutte le fasi.

- **Carenza di personale tecnico e amministrativo.** Regioni e province autonome hanno evidenziato la carenza di personale tecnico e amministrativo dedicato (anche a causa, per esempio, del blocco del

turnover e della scarsa remunerazione di tali incarichi) sia **a livello quantitativo** (numero esiguo di risorse negli uffici), sia **a livello qualitativo** (personale tecnico in possesso del know-how necessario alla messa a punto dei piani di investimento). In taluni casi, la carenza di risorse è tale da non consentire una pianificazione e un monitoraggio adeguato nella messa a punto e nell'attuazione degli investimenti in edilizia sanitaria.

- **Mancanza di una governance strutturata a livello regionale.** Diverse regioni hanno evidenziato la difficoltà nel coordinare e monitorare l'attuazione degli investimenti delle ASL, anche per la molteplicità di sistemi informativi presenti, che in alcuni casi sono inefficienti e datati. Tale difficoltà viene a volte accentuata dalla assenza di linee guida generali per la definizione del fabbisogno e per la programmazione degli investimenti in edilizia sanitaria, nonché da carenze informative che rendono a volte molto complicato reperire i documenti più risalenti. Tutti questi fattori causano pesanti problemi nella rendicontazione degli investimenti e nella richiesta di liquidazione, anche a fronte del completamento degli interventi. In conseguenza di ciò si verifica un disallineamento tra l'avanzamento effettivo dei lavori e le risorse statali effettivamente rimborsate.
- **Compresenza di più linee di finanziamento in materia di investimenti nel settore dell'edilizia sanitaria** (art. 20, FSC, Fondo per assicurare il finanziamento e lo sviluppo infrastrutturale del Paese, d.l. n. 34/2020, PNRR, etc.). Laddove la carenza di risorse tecniche e amministrative è particolarmente sentita, anche la molteplicità delle fonti di finanziamento con le diverse modalità di rendicontazione crea un potenziale ulteriore livello di complessità in quanto: i) diversifica le procedure per l'attuazione degli investimenti; ii) acuisce la carenza di personale tecnico; iii) rende difficoltoso il monitoraggio, la pianificazione, la rendicontazione ed il controllo delle risorse per l'attuazione degli investimenti.

Criticità nella fase di programmazione.

- **Mancanza di un Masterplan per l'edilizia sanitaria a livello regionale e di una fase di progettazione preliminare antecedente alla sottoscrizione dell'accordo.** In alcune regioni vi è carenza di programmazione pluriennale con la conseguenza che la programmazione degli interventi rischia di essere inadeguata rispetto al fabbisogno reale delle aree demografiche interessate.
- **Assenza di leve incentivanti adeguate sui vertici delle aziende sanitarie locali.** L'attuazione di piani di investimento in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico in alcuni casi non è inserita tra gli obiettivi dei direttori generali delle ASL. In altri casi essa è formulata in maniera generica, tale da risultare di agevole raggiungimento. Ciò rende difficoltoso per la regione ottenere l'effettiva collaborazione delle strutture locali ovvero dei soggetti attuatori del piano che sono anche le stazioni appaltanti.

In alcuni casi, è stato inoltre segnalato che l'avvicendamento delle giunte regionali ha talvolta richiesto modifiche ai piani di edilizia sanitaria che hanno comportato anche il ripensamento di alcuni interventi; infine, il commissariamento di alcuni enti territoriali ha determinato discontinuità tra il monitoraggio ordinario degli interventi e quello specifico della gestione commissariale.

Criticità nella fase di progettazione.

- **Non adeguato livello di definizione degli interventi presenti negli AdP approvati.** Le audizioni hanno evidenziato che laddove il livello di progettazione degli interventi inseriti negli accordi di programma non è adeguato, i tempi della fase di progettazione si dilatano notevolmente. Ciò, in particolare, si verifica

quando la regione non dispone di strumenti programmatori solidi come piani pluriennali ben definiti e Masterplan.

- **Elevato livello di contenzioso nelle procedure di gara.** Tali contenziosi spesso determinano la sospensione dei lavori per anni con, talvolta, conseguenze di elevato incremento della spesa, ritardi rilevanti ed effetti anche sulle imprese esecutrici. Ciò determina pesanti ritardi nella attuazione degli investimenti e complica le procedure amministrative già minate dal susseguirsi di continue modifiche normative al quadro delle regole che presidono il settore degli appalti.

Criticità nella fase di attuazione.

- **Revisione dei prezzi.** La durata del procedimento, determinata dalla sua complessità e in alcuni casi anche da problemi strutturali di pianificazione, comporta rilevanti problemi di variazione del costo dell'intervento causata dalla crescita dei prezzi, specialmente nel contesto macroeconomico attuale. I tempi lunghi di pianificazione e aggiudicazione degli investimenti implicano che il progetto, pianificato con un certo prezzario, possa inoltre non risultare più di interesse per il mercato. La conseguenza è che regioni ed ASL devono procedere ad una ridefinizione del progetto con ulteriori ritardi nell'attuazione degli investimenti.
- **Ritardi dovuti all'avvio degli interventi previsti dal PNRR.** La presenza dell'ingente piano di investimenti previsto dalla Missione 6 del PNRR, unita alla carenza di personale tecnico nelle strutture, in alcuni casi può anche comportare un rallentamento dell'attuazione degli interventi in edilizia sanitaria. Le regioni che hanno mostrato maggiori difficoltà attuative hanno rappresentato inoltre possibili difficoltà anche per gli interventi da programmare e realizzare nell'ambito del PNRR in cui sono previste specifiche scadenze di natura vincolante (ad esempio, per la realizzazione di case ed ospedali della comunità).
- **Difficoltà nel conciliare le tempistiche attuative degli interventi, con quelle attinenti alla vita utile della strumentazione medica e degli arredi ed al loro rapido grado di obsolescenza.** I ritardi nell'attuazione degli interventi comportano la necessità di differire l'acquisto e/o l'aggiornamento del parco macchinari e degli arredi per evitare che ad intervento ultimato i macchinari e le attrezzature risultino obsoleti e scarsamente efficienti. La conseguenza è che una quota parte dell'investimento finanziato relativa all'attrezzatura rimane ferma fino a che la struttura edilizia non viene ultimata.

Criticità nella fase di rendicontazione.

- **Mancata/tardiva richiesta dei fondi al MEF.** Diverse regioni tardano notevolmente nel richiedere la liquidazione delle risorse ex art 20 per gli interventi definitivamente conclusi. In alcuni casi le richieste si riferiscono ad interventi che si sono conclusi da più di 10 anni, tantoché nel 2021 la Ragioneria generale dello Stato ha inviato una comunicazione a tutte le regioni, segnalando **la sussistenza dell'istituto della prescrizione del credito** (ex articoli 2934 e ss. e art. 2946 del Codice civile). I fondi non richiesti e prescritti, comunque, sono suscettibili di nuova finalizzazione su richiesta della regione interessata.
- **Problemi di rendicontazione.** Anche all'interno delle ASL, talvolta, è assente un sistema informativo efficace in grado di assicurare un'adeguata comunicazione tra il settore dedicato agli investimenti in edilizia sanitaria e quello dedicato alla gestione economico finanziaria della struttura aziendale.

2.2 Punti di forza per la realizzazione degli interventi.

- Elevato grado di completezza della stima dei bisogni e rispondenza dei progetti ai bisogni rilevati.
- Programmazione “basata sui dati” e con scelte di lungo periodo stabili nel tempo.
- Piano sociosanitario approvato con delibera regionale.
- Condivisione della programmazione con le amministrazioni locali.
- Continuo coordinamento e supporto alle aziende.
- Presenza di un protocollo di colloquio regione-aziende per monitoraggio interventi;
- Presenza di *Masterplan* definiti e vincolanti a livello regionale, nonché di linee guida per la programmazione degli interventi e di procedure e sistemi di monitoraggio degli interventi.
- Presenza di un fondo rotativo regionale per la progettazione.
- Livello di progettazione adeguato al tipo di intervento da realizzare predisposto prima dell’inserimento dell’intervento nell’accordo di programma.
- Adeguatezza dei servizi tecnici regionali e aziendali.
- Strutturata e solida definizione dei capitolati di gara dei singoli interventi.
- Puntuali e concreti obiettivi annuali connessi alla realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria assegnati ai direttori delle aziende e al management delle strutture.

2.3 Sintesi delle prime proposte di soluzione rappresentate al Tavolo

Le prime possibili proposte di soluzione sono sintetizzate nel seguito.

- **Favorire lo scambio di *best practices* tra le regioni** (*Masterplan* definiti e vincolanti a livello regionale, linee guida per la programmazione degli interventi, definizione del livello di progettazione necessario per l’inserimento degli interventi negli ADP) attraverso dei tavoli condivisi per lo scambio di esperienze ed il confronto su problematiche comuni o attraverso l’affiancamento di regioni virtuose a regioni meno efficienti, al fine di favorire un efficientamento della progettazione e dell’attuazione degli investimenti in sanità.
- **Istituzione della c.d. “Azienda 0”** laddove non ancora istituita, con la finalità di razionalizzare e ottimizzare i livelli di efficacia ed efficienza organizzativa del servizio sanitario regionale attraverso forme di integrazione funzionale di servizi tecnici e operativi, a valenza regionale e l’esercizio di funzioni amministrative, gestionali e tecniche di supporto agli enti del servizio sanitario regionale.
- **Definizione di un benchmark di fabbisogno di personale tecnico e amministrativo a livello nazionale** in modo da intervenire, anche tramite forme di supporto a livello centrale, sulle realtà locali gravemente in difficoltà e risolvere strutturalmente le problematiche.
- **Introduzione di *step* di verifica intermedi nella fase attuativa degli interventi per l’edilizia sanitaria** (modellati ad esempio su *milestone* e *target* del PNRR). In merito agli accordi di programma definiti ai sensi dell’art. 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67, la norma non prevede espressamente specifiche rendicontazioni periodiche da parte di regioni o province autonome circa lo stato di attuazione degli interventi. La definizione di step vincolanti agevolerebbe il monitoraggio degli interventi da parte delle regioni e la risoluzione delle criticità in maniera tempestiva ed efficace.
- **Introduzione dell’obbligo di presentare una relazione a intervento ultimato al Ministero della Salute ed al Ministero dell’Economia e delle Finanze** al fine di agevolare l’aggiornamento e la chiusura delle partite contabili relative agli interventi. Tale relazione potrebbe essere composta di una parte tecnica e

di una parte economico finanziaria per individuare i costi effettivi e le economie realizzate nell'attuazione degli investimenti al fine di rimodulare il finanziamento statale alle effettive esigenze dell'ente locale.

- **Istituzione di un apposito fondo per la progettazione degli interventi previsti dagli accordi di programma** al fine di agevolare la fase di progettazione degli interventi stessi da parte delle regioni e delle ASL. A tal proposito CDP segnala come la richiesta di assistenza e di fondi da parte degli enti locali sia cospicua. Sono comunque necessari approfondimenti su modalità, criteri e risorse.
- **Istituzione di una Cabina di Regia/Struttura di Missione a livello centrale** per consentire un monitoraggio degli interventi, il supporto continuo agli enti territoriali, la risoluzione tempestiva delle problematiche che possono emergere nelle diverse fasi per assicurare un impiego efficace e tempestivo delle risorse pubbliche.

Il 26 ottobre 2022 si è tenuta la **Terza riunione del Tavolo** per fare il punto con tutti i partecipanti in merito a quanto emerso nel corso delle audizioni.

I partecipanti hanno apprezzato, così come d'altra parte era emerso nel corso delle audizioni, il positivo clima costruttivo con cui sono stati condotti gli incontri, sono state esaminate le diverse problematiche e sono state individuate le prime modalità organizzative e procedurali che, ove condivise, potranno essere adottate dalle regioni.

È stata inoltre segnalata l'opportunità, evidenziata già in sede di audizione da regioni e province autonome, di poter proseguire, in modo stabile e al di là degli obiettivi specifici del Tavolo - con una cabina di regia o con una struttura di missione - le attività di confronto tra amministrazioni centrali, strutture tecniche, regioni e province autonome, in modo da poter condividere le diverse esperienze volte a superare le difficoltà che si presentano nella realizzazione del Programma ex art. 20 della legge n. 67/1988 e degli altri interventi previsti per l'evoluzione dei servizi sanitari, nonché per la proposizione di possibili interventi normativi volti a semplificare e accelerare gli interventi in un settore complesso e strategico come quello sanitario.

I rappresentanti delle regioni hanno quindi riferito che, in sede di coordinamento, erano in corso di elaborazione alcune proposte di semplificazione, che avrebbero a breve sottoposto al tavolo, e che avrebbero potuto richiedere anche modifiche normative.

3. Le prime proposte

Tra la fine del 2022 e i primi mesi del 2023, sono proseguiti gli approfondimenti tecnici e sono stati sottoposti al Tavolo tre elaborati:

- le **proposte di semplificazione e innovazione**, elaborato da parte della Commissione della Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome;
- le **proposte** di integrazione alla bozza di "Relazione sullo stato di attuazione degli accordi di programma approvati ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n.67 e s.m.i.", predisposto da **AGENAS**;
- l'appunto sul **Fondo Rotativo per la Progettualità (FRP)**, predisposto da Cassa Depositi e Prestiti.

I tre documenti sono stati illustrati ed esaminati nel corso della **Quarta riunione** del Tavolo che si è svolta il 6 aprile 2023.

La **Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome**⁶, a metà dicembre 2022, ha rappresentato l'esigenza di procedere con una *“drastica semplificazione da attuare mediante la revisione dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 19 dicembre 2002 e integrato nel 2008”* ed ha formulato alcune **proposte di semplificazione e innovazione** “frutto del lavoro svolto da tutte le regioni e province autonome” in merito alle quali ha rappresentato la disponibilità ad avviare una fattiva interlocuzione.

Per istruire l'esame di tali proposte da parte del Tavolo, sono stati immediatamente avviati i primi incontri tecnici con il Ministero della Salute e con RGS e, successivamente, anche con la Commissione Salute della Conferenza stessa.

Nel corso della quarta riunione del tavolo, i rappresentanti delle regioni hanno illustrato le proposte contenute nel documento riportate, in sintesi, nel seguito.

- **Semplificazione della procedura prevista** per la programmazione e la realizzazione degli interventi finanziati dall'art. 20 della legge n.67/1988, risalente **all'Accordo** del 2002, aggiornato poi nel **2008**. In particolare, la Commissione riterrebbe opportuno, da un lato, uno **snellimento delle procedure** effettuato **senza eccessivi stravolgimenti**, ossia senza eliminare i documenti strategici e programmatici; dall'altro lato, riterrebbe opportuno anche **l'adeguamento alle evoluzioni normative**, compresa la recentissima ulteriore riforma del Codice degli appalti del 2023.
- Per talune fattispecie di **intervento**, come ad esempio per quelle **di maggiore complessità e/o valore**, già in fase di predisposizione dell'accordo di programma, previsione di un livello di **progettazione di grado più elevato** di quello attualmente previsto.
- Previsione di un **iter amministrativo semplificato** per gli interventi **meno complessi e al sotto di una determinata soglia di spesa**. L'iter amministrativo applicato, infatti, attualmente è il medesimo sia che si tratti di interventi da 500.000 euro, sia per quelli da 100 milioni di euro e oltre.
- Necessità di **individuare un meccanismo per l'anticipazione delle spese di progettazione**, senza gravare sui bilanci delle regioni.
- Necessità di individuare **possibili forme di copertura ai maggiori costi** dovuti all'aumento dei prezzi per gli interventi previsti dagli accordi di programma ex art. 20. Tali maggiori costi, infatti, non consentono di bandire le gare e, in taluni casi, determinano difficoltà a portare a termine interventi avviati.
- Disponibilità di una **piattaforma informatica** che renda possibile **l'interoperabilità** tra gli enti - peraltro già obbligatoria per gli enti pubblici - che consenta anche di semplificare la compilazione dei **Moduli A (definizione intervento)** e dei **Moduli C (monitoraggio annuale stato di attuazione dell'intervento)**, attività che impegnano le regioni per tutto il primo trimestre di ogni anno con onerose operazioni di reperimento delle informazioni e di caricamento dei dati.
- **Necessità**, in taluni casi, **di poter utilizzare le risorse ex art.20**, anche **per poter anticipare quanto richiesto da interventi urgenti**.

⁶ Nota dell'Assessorato alle politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna – Coordinamento Commissione salute, prot. n. 12353306 del 16/12/2022.

Tra le criticità, è stato infine segnalato che **le procedure** che disciplinano gli interventi finanziati dall'art. 20 **non consentono di effettuare spese per l'intervento prima dell'emanazione del decreto di ammissione a finanziamento**, pena il loro mancato riconoscimento.

In generale, riguardo alle proposte, il MEF e il Ministero della Salute hanno tenuto a precisare che per gli interventi finanziati dall'art. 20, c'è assoluta necessità di essere in possesso di tutti gli atti programmatici e tecnico-finanziari previsti dalla normativa vigente: "potranno essere valutate tutte le attività di semplificazione, ma non sarà possibile prescindere dalla presenza di tutti gli atti legittimanti che consentono di provvedere ai rimborsi". In merito alla copertura dei maggiori costi dovuti al rincaro dei prezzi, nella consapevolezza che non si possa fare affidamento su risorse illimitate, il MEF ha fatto cenno al possibile ricorso al Fondo adeguamento prezzi del Ministero delle infrastrutture previsto dal DL 73/2021 già utilizzato dalle regioni, in alcuni casi anche per interventi ex art. 20.

Per quanto riguarda le **proposte di AGENAS⁷**, "la necessità di **semplificare l'iter amministrativo per la sottoscrizione degli accordi di programma**", "la **definizione di un iter semplificato per l'approvazione degli interventi più semplici e al di sotto di una specifica soglia di spesa**" e "**l'adozione di modalità di finanziamento e monitoraggio stringenti e automatizzate** analoghe a quelle impiegate per il PNRR", di contenuto pressoché analogo alle proposte della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, sono state ampiamente condivise dal Tavolo.

Le altre proposte che prevedevano "**l'anticipo di talune attività già nelle fasi preliminari della progettazione**", come "**l'interazione anticipata con enti e autorità per il rilascio di autorizzazioni e pareri**" oppure "**l'indicazione di possibili ulteriori soluzioni per criticità determinate da eventi eccezionali**" o anche "**l'individuazione degli spazi in cui riallocare le attività nel caso di lavori**", già da un primo esame da parte dei tecnici presenti al Tavolo, **sono state valutate eccessivamente onerose** per i soggetti coinvolti e, **in taluni casi, ostative** alla realizzazione degli interventi stessi.

In merito al **Fondo Rotativo per la Progettualità (FRP)⁸** istituito presso Cassa Depositi e Prestiti (CDP) dall'articolo 1, commi 54 e 58, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, CDP ha illustrato il documento trasmesso a novembre 2022 ed anche le positive novità intervenute nel 2023.

Il Fondo Rotativo per la Progettualità è infatti di uno strumento molto utile per dare copertura alle spese di progettazione senza interessi a carico degli enti. Gli enti, infatti, possono beneficiare di un'anticipazione a tre anni che dovrà essere restituita in una unica soluzione; man mano che vengono affidati gli incarichi e pagati i professionisti è possibile procedere all'erogazione della spesa.

Per quanto riguarda le novità, la nuova legge di bilancio ha rifinanziato lo stanziamento a copertura degli interessi sul Fondo portando la dotazione complessiva a 100 milioni di euro e ciò ha consentito a CDP di estendere l'operatività del fondo anche in favore di alcuni enti pubblici non territoriali (EPNT) tra cui le ASL⁹.

⁷ Nota AGENAS del 10 marzo 2023.

⁸ Appunto sul Fondo Rotativo per la Progettualità (FRP), trasmesso da Cassa Depositi e Prestiti con nota del 24 novembre 2022.

⁹ La dotazione complessiva del Fondo è pari a 100 milioni di euro di cui 60 milioni per enti locali (comuni, province, città metropolitane) e regioni, i quali costituiscono lo zoccolo duro degli enti che utilizzano il Fondo) e 40 milioni per gli EPNT (per ora circoscritti ad Università, ASL ed Autorità portuali), con possibilità di far transitare le risorse tra i due stanziamenti, in base alle future dinamiche e all'effettivo utilizzo.

Appena saranno definite le modalità operative, ne verrà immediatamente data conoscenza ai componenti del Tavolo, per poter coinvolgere al più presto le aziende sanitarie e CDP provvederà a promuovere l'utilizzo dello strumento anche con campagne di comunicazione, incontri, web, etc.. [ndr alla data del 19 giugno non risulta ancora emanata la nuova circolare attuativa].

Infine, se la risposta sarà positiva, potrà anche essere proposto un ulteriore incremento dello stanziamento in bilancio in quanto, da momento che lo strumento ha un moltiplicatore altissimo, sarà sufficiente incrementarne la dotazione di poche centinaia di migliaia di euro, per portare lo strumento a livelli molto più significativi.

4. Gli approfondimenti e i prossimi passi

Considerate le esigenze rappresentate da tutti i componenti e la necessità di convergere verso soluzioni condivise, per l'esame di dettaglio delle proposte e per giungere ad un documento di sintesi, il Coordinamento del Tavolo ha predisposto uno **schema di argomenti da approfondire** che è stato illustrato e condiviso nel corso della **Quinta riunione del Tavolo** che si è tenuta il 30 maggio 2023.

Tali argomenti saranno approfonditi nel corso delle prossime settimane, con l'istituzione di un numero limitato di gruppi di lavoro tematici, per definire le proposte volte a semplificare e migliorare le procedure di programmazione, progettazione, attuazione e rendicontazione degli interventi disposti ai sensi del citato articolo 20 e per individuare gli strumenti e le misure necessarie per accelerare la realizzazione degli investimenti.

Nel seguito è riportato l'elenco degli argomenti che saranno approfonditi dai gruppi di lavoro.

- **Revisioni e semplificazioni del processo e delle procedure.** Regioni e province autonome, in sede di audizione ed anche per il tramite della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, hanno rappresentato l'esigenza di **rivedere e semplificare le modalità e le procedure per l'attivazione dei programmi di investimento** in sanità definite nell'**accordo** tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sancito in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 19 dicembre 2002 e integrato nel **2008**.
Procedure. In particolare, è stata rappresentata 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. DM n.70/2015), nonché i contenuti dei modelli previsti (Modelli A, B e C) e le modalità di acquisizione delle informazioni nel sistema NSIS.
È stata inoltre rappresentata l'**esigenza di disporre di 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.
È stata infine segnalata l'esigenza di poter disporre di un **iter amministrativo semplificato per gli interventi non complessi e al sotto di una determinata soglia di spesa**. L'iter amministrativo applicato, infatti, attualmente è il medesimo sia che si tratti di interventi da 500.000 euro, sia per quelli da 100 milioni di euro e oltre.¹⁰

¹⁰ È stata inoltre evidenziata la possibilità/opportunità di lavorare anche con le altre amministrazioni centrali per dare agli investimenti per il servizio sanitario un "*carattere di specialità*", per poi definire anche un processo attuativo semplificato.

- Definizione del livello di progettazione previsto per l'inserimento degli interventi negli accordi di programma.** Nel corso delle audizioni, è emerso che gli interventi non sufficientemente definiti in fase di predisposizione degli accordi di programma comportano una forte dilatazione dei tempi nelle fasi successive (ammissione al finanziamento, predisposizione dei bandi di gara) per l'approfondimento di aspetti progettuali anche rilevanti e per il completamento dell'iter autorizzativo. Tali interventi, inoltre, presentano anche maggiori rischi di contenzioso.

Per talune fattispecie di **intervento**, ad esempio per quelle di **maggiore complessità e/o valore**, già in fase di predisposizione dell'accordo di programma, potrebbe essere pertanto opportuno disporre di un **livello di progettazione di grado più elevato** di quello attualmente previsto.
- Istituzione di un fondo rotativo per la progettazione.** Regioni e province autonome hanno evidenziato la **necessità di un fondo rotativo nazionale per la progettazione** che consenta di operare anche nella fase propedeutica alla definizione degli accordi di programma.

Nelle regioni sono presenti diversi fondi rotativi per la progettazione degli interventi degli enti locali e, in almeno un paio di regioni (Basilicata e Toscana), il fondo è/era finalizzato anche alla copertura della progettazione degli interventi del settore della sanità.

Recentemente, **Cassa Depositi e Prestiti**, con delibera del consiglio di Amministrazione (CdA) del 23 febbraio 2023, ha **incrementato la dotazione del Fondo rotativo per la progettazione (FRP)** da 28 a 100 mln di euro, **prevedendo di estenderne l'operatività in favore** di determinate categorie di enti pubblici non territoriali (EPNT) tra cui **le ASL e le Aziende ospedaliere**. Sono attualmente in corso le conseguenti modifiche alla Circolare CDP n. 1294/2019, che attualmente regola le modalità di accesso al FRP, per rendere operativo, entro il primo semestre 2023, quanto deliberato dal CdA.

Si potrebbe inoltre **valutare l'opportunità di un ulteriore incremento della dotazione del FRP**, mediante uno stanziamento aggiuntivo a carattere pluriennale sul bilancio dello Stato. Per riferimento, uno stanziamento aggiuntivo di euro 1 mln consentirebbe, ai tassi vigenti, di concedere nuove anticipazioni per ca. euro 100 mln.
- Revisione del fabbisogno economico-finanziario previsto per gli interventi e possibile adeguamento prezzi.** Regioni e province autonome, anche in sede di Conferenza, hanno rappresentato l'estrema **difficoltà a procedere con i bandi di gara** per interventi il cui valore, definito e valutato congruo tempo addietro, è cresciuto in modo molto rilevante, specialmente nell'ultimo anno, **a causa dell'incremento dei prezzi delle materie prime e dell'energia**.

Per gli interventi la cui definizione si è particolarmente protratta nel tempo, infatti, non risulta possibile assorbire l'incremento dei prezzi maturato nel corso delle diverse fasi dell'iter procedurale. In tali circostanze, a volte, l'ente procede con la rimodulazione dell'intervento sulla base delle risorse stabilite (c.d. "perizia in riduzione delle opere") ed avvia la definizione di un nuovo accordo di programma per realizzare quanto scorporato.

Dal momento che l'iter per la definizione degli interventi previsti dagli accordi di programma, nonostante le semplificazioni che si potranno adottare, resterà sicuramente non breve, **per le fattispecie di interventi più "critiche"** (p.e., adeguamento a normativa sulla sicurezza, etc.), potrebbe essere **utile individuare specifiche modalità semplificate di revisione del fabbisogno economico-finanziario previsto** per lo specifico intervento nonché le **opportune modalità di adeguamento delle coperture**.
- Supporto tecnico-amministrativo per particolari esigenze.** Il blocco del turn over 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.

La situazione risulta ancora più critica nelle regioni di più limitate dimensioni ed anche per quelle di medie dimensioni, specialmente quando, ogni trenta o quarant'anni, occorre realizzare opere che eccedono l'abituale capacità realizzativa.

In tali circostanze, potrebbe essere opportuno **prevedere l'individuazione di una struttura in grado di fornire supporto tecnico, amministrativo e procedurale**, ovvero il coinvolgimento di realtà esistenti ed operanti nel campo dell'assistenza tecnica, che potrebbero intervenire **a supporto degli enti in difficoltà**.

- **Trasparenza delle informazioni sulla realizzazione degli interventi previsti dall'art. 20 l.67/1988.** Come rappresentato in sede di audizioni **le informazioni sullo stato di attuazione degli interventi** previsti dagli accordi di programma, per diversi motivi (p.e. previsioni normative, procedure e sistemi informativi) **non sono disponibili tempestivamente**.

Inoltre, secondo quanto segnalato in sede di audizione in 10ª Commissione permanente del Senato, 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. Anche ai sensi dell'art. 11 del D.Lgs. n. 150/2009, potrebbe essere opportuno prevedere, eventualmente anche negli stessi accordi di programma, **l'obbligo di pubblicazione periodica delle informazioni sugli interventi con i tempi previsti per la realizzazione, lo stato di attuazione fisico e finanziario**, nonché definire e realizzare anche il sistema procedurale ed informativo di supporto.