

Commissione X del Senato – Patrimonio sanitario pubblico: Indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche nel quadro della Missione 6 del PNRR - Audizione di rappresentanti della Ragioneria generale dello Stato, Ispettorato generale per la spesa sociale – 14 marzo 2023

§ 1. Il Programma di interventi in Edilizia sanitaria ai sensi dell'articolo 20 della legge n. 67/1988 e successivi rifinanziamenti.

1.1 Il Finanziamento.

L'articolo 20 della legge n. 67/1988 ha disposto la **realizzazione di un programma straordinario di interventi di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico.**

I successivi rifinanziamenti hanno elevato il livello complessivo delle risorse a carico dello Stato a **34,1 miliardi di euro¹ (in particolare 10 miliardi sono stati disposti nel periodo 2018-2021):**

TOTALE RISORSE PROGRAMMATE EDILIZIA (Σ art. 20 + superamento OPG)	Articolo 20, legge n. 67 del 1988	integrazione per superamento OPG	TOTALE risorse programma
I FASE conclusa (9.400 mld lire)	4.854.694.851,45		
Risorse programmate al 31/12/2006	12.720.333.424,57		
Incremento importo programmatico (LF 2007 296/2006 - 20 miliardi di euro) Patto per la salute 2007-2009	2.424.971.723,98		
Incremento da LF 2008 (23 miliardi euro ex art. 2, comma 279, legge 244/2007)	3.000.000.000,00		
Incremento da LF 2010 (24 mld euro ex art. 2, comma 69, legge 191/2009) (patto per la salute 2010-2012)	1.000.000.000,00		
RISORSE AGGIUNTIVE PER OPG (ulteriori rispetto ai 60 mln di euro compresi nella programmazione art. 20) art. 3-ter del DL 211/2011		113.807.991,00	
Incremento da LB 2019 n. 145/2018, articolo 1, commi 555 e 556	4.000.000.000,00		
Incremento da LB 2020 n. 160/2019, articolo 1, comma 81, incremento del finanziamento a 30 miliardi di euro	2.000.000.000,00		
Incremento da LB 2021 n. 178/2020, articolo 1, comma 442, incremento del finanziamento a 32 miliardi di euro	2.000.000.000,00		
Incremento da LB 2022 n. 234/2021, articolo 1, commi 263-267, incremento del finanziamento a 34 miliardi di euro	2.000.000.000,00		
PROGRAMMA DI EDILIZIA SANITARIA - Totale risorse programmate	34.000.000.000,00	113.807.991,00	34.113.807.991

Il programma si è articolato in due fasi:

- **Prima fase:** conclusa nel 1996 (si attuava mediante accensione di mutui con oneri a carico del Ministero del Tesoro);
- **Seconda fase e successive:** in atto per il valore complessivo di 29,3 miliardi di euro, ripartiti fra le regioni e gli altri enti che hanno accesso al finanziamento di cui trattasi (al netto di una quota minima accantonata per interventi urgenti) con delibere del CIPE o direttamente in legge o con decreti interministeriali. Il finanziamento è trasferito alle regioni/agli enti.

totale I fase	totale fasi successive	TOTALE risorse programma
4.854.694.851,45	<u>29.259.113.139,55</u>	34.113.807.991,00

Nell'ambito di detto finanziamento, inoltre, sono state individuate alcune specifiche finalizzazioni (già la delibera CIPE 53 del 1998 stabiliva per le regioni una quota di 1.161 milioni di euro da destinare alla conclusione di interventi già precedentemente attivati e alla sicurezza; si sono poi aggiunti i finanziamento per interventi di potenziamento della radioterapia, interventi di infrastrutturazione per consentire l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, antincendio).

¹ Al valore di 34 miliardi, infatti, si **aggiungono ulteriori 113,8 milioni di euro** destinati al finanziamento degli interventi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ex art. 3-ter del DL 211/2011; tale intervento è stato infatti posto in parte a carico dell'ordinario finanziamento dell'edilizia sanitaria, in parte a carico di risorse aggiuntive che sono state stanziare nel medesimo capitolo di bilancio statale.

1.2 Il procedimento amministrativo.

Da un punto di vista **procedimentale** il programma di edilizia sanitaria si svolge attraverso le seguenti fasi:

- 1) **predisposizione tecnica dell'Accordo di programma:** in questa fase si realizza una programmazione concordata fra il Ministero della salute e la regione interessata per l'individuazione degli interventi di supporto delle politiche sanitarie del Paese e per l'integrazione delle aree di assistenza (ospedale e territorio). In questa fase, in funzione dei progetti da realizzare puntualmente indicati, si definisce anche il quadro economico dell'accordo. Lo schema di accordo è sottoposto alla valutazione del **Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici**;
- 2) assenso all'Accordo di programma in **Conferenza Stato-Regioni**;
- 3) **sottoscrizione dell'Accordo di programma** fra il Ministero della salute, il MEF e la singola regione interessata: l'Accordo elenca tutti gli interventi da realizzare e il relativo quadro economico e finanziario. Una quota non inferiore al 5% del finanziamento è a carico della regione interessata, mentre lo Stato finanzia la restante parte;
- 4) **adozione dei decreti del Ministero della salute di ammissione al finanziamento** degli interventi in cui l'Accordo di programma articola per i quali sia intervenuta la progettazione esecutiva: a seguito dell'ammissione a finanziamento le regioni/stazioni appaltanti avviano le gare d'appalto e realizzano le opere²;
- 5) il MEF-RGS **trasferisce progressivamente il finanziamento** alle regioni/agli altri enti per SAL (possibili anche acconti ai sensi del codice appalti).

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

1.3. La gestione del bilancio statale.

Come di seguito dettagliato, dei **29,3 miliardi di euro programmatici (fasi seconda e successive)**:

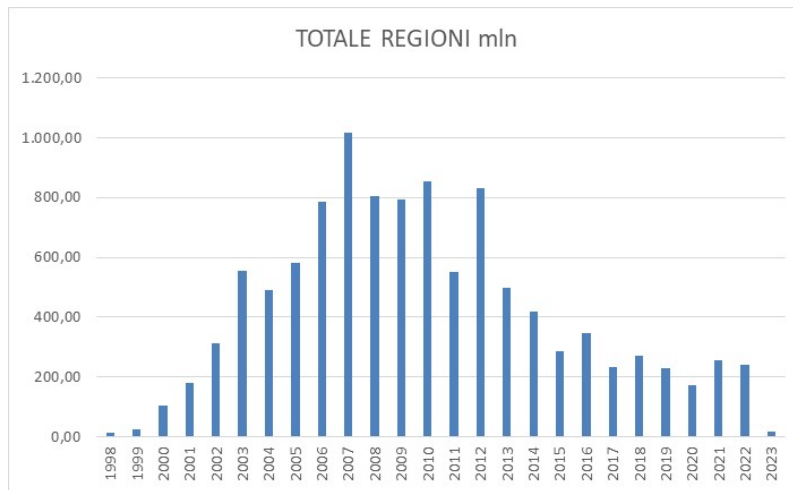
- **16,6 miliardi sono stati stanziati fino all'anno 2022;**
- **4,9 miliardi sono stanziati nel periodo 2023-2026**
- **6,8 miliardi sono coperti nel periodo 2027-2035.**

Osservando **solo le regioni**, Sulla base delle richieste di pagamento pervenute, questa Amministrazione ha complessivamente **trasferito 10,9 miliardi di euro (di cui circa 9 relativi all'attuazione degli Accordi di programma** e la restante parte relativa alle ulteriori finalizzazioni previste dalle norme):

Regione Piemonte	724.466.108,77	Regione Marche	370.883.371,35
Regione Autonoma Val D'Aosta	48.653.410,72	Regione Lazio	718.933.840,11
Regione Lombardia	1.994.243.556,08	Regione Abruzzo	176.081.313,18
Provincia autonoma di Bolzano	79.960.868,20	Regione Molise	34.879.047,63
Provincia autonoma di Trento	129.416.161,17	Regione Campania	378.698.871,39
Regione Veneto	1.110.414.429,14	Regione Puglia	562.606.861,24
Regione Friuli Venezia Giulia	191.608.858,71	Regione Basilicata	172.001.451,49
Regione Liguria	395.364.860,57	Regione Calabria	197.207.252,86
Regione Emilia Romagna	1.138.013.561,78	Regione Sicilia	1.016.622.795,42
Regione Toscana	978.668.081,61	Regione Sardegna	259.089.007,26
Regione Umbria	195.286.553,46	TOTALE	10.873.100.262,14

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

Il seguente grafico mostra l'andamento dei trasferimenti alle regioni, per il predetto valore di 10,9 miliardi di euro:



1.4. Il rallentamento dell'esecuzione del programma.

Si è osservato un progressivo deterioramento della capacità delle singole regioni:

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

Nel 2022 è stato costituito presso il CIPESS un tavolo interistituzionale (a cui partecipano anche il Ministero della salute e il MEF) che ha auditato le singole regioni per acquisire informazioni in merito alle criticità di sistema (al di là dei rallentamenti legati all'emergenza Covid) allo scopo di individuare soluzioni di efficientamento. Il tavolo sta proseguendo il confronto con le regioni.

Si fa presente che le fasi che precedono la sottoscrizione di un AdP sono gestite dal Ministero della salute: le regioni chiedono uno snellimento degli atti (per esempio uno snellimento della metodologia di valutazione *mexa*). Su tali profili si rinvia allo stesso Ministero della salute e in generale è stata **rappresentata da parte del MEF-RGS una disponibilità a snellire le fasi del procedimento che coinvolgono direttamente lo Stato**, ferma restando comunque **la necessità che il procedimento si concluda con atti giuridicamente validi** (in altre parole, è da escludersi ogni tiraggio del finanziamento al di fuori di una preventiva programmazione tecnica e finanziaria fra lo Stato e le regioni).

Tuttavia, per quanto noto al MEF-RGS, i ritardi nello svolgimento del programma si realizzano prevalentemente nei procedimenti di competenza regionale.

Di seguito si riportano i punti di criticità emersi e ipotesi di possibili soluzioni che dovranno comunque essere oggetto di una valutazione congiunta e di un concordamento con il Ministero della salute (che è comunque il responsabile della programmazione sanitaria nazionale) e quindi possibilmente concordati con le regioni (che sono i soggetti deputati all'organizzazione e alla gestione del SSN che dovrebbero riorganizzare le aree tecniche dotandosi di adeguati strumenti di gestione operativa e manageriale degli investimenti):

<u>Fattori di inadeguatezza e di difficoltà o ritardo emersi in sede di audizione delle regioni</u>	<u>Possibili soluzioni da definire con il Ministero della salute</u>
<p>1) <u>carenze nella programmazione regionale dei fabbisogni e degli investimenti</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in alcuni casi manca totalmente una programmazione pluriennale degli interventi di edilizia e di ammodernamento tecnologico; - discontinuità di indirizzo politico regionale: ripensamento/rivalutazione di progetti già definiti; - assenza/carenza di una regia regionale; <p>2) <u>carenze/assenza di una progettazione preliminare, antecedente alla sottoscrizione dell'AdP</u>. Il Ministero della salute ha segnalato il fatto che spesso le regioni presentano documentazione scarna, confusa e non coordinata, con allungamento dei tempi di interlocuzione antecedente alla sottoscrizione dell'AdP;</p> <p>3) in alcuni casi, <u>difficoltà di coordinamento fra la regione e i comuni</u> di localizzazione delle opere e conseguente ritardo nell'adozione degli atti di competenza degli enti coinvolti;</p> <p>4) <u>tempi lunghi per arrivare</u>, dopo la sottoscrizione dell'Adp, <u>alla progettazione esecutiva</u> (appaltabile) che consente di ottenere il decreto di ammissione al finanziamento e bandire la gara;</p> <p>5) in fase esecutiva, numerose <u>varianti a causa di una cattiva progettazione</u>.</p>	<p>Gli investimenti sanitari devono garantire il miglioramento e lo sviluppo del SSN mediante l'incremento e il costante mantenimento del patrimonio edilizio e delle attrezzature</p> <ul style="list-style-type: none"> - è <u>necessaria</u> preliminarmente una <u>valutazione dei fabbisogni territoriali</u> (sulla base di dati informativi completi e affidabili) in un'ottica di equilibrata offerta sanitaria (integrazione fra l'offerta sanitaria ospedaliera e l'offerta sanitaria territoriale); - è <u>necessaria</u> preliminarmente l'<u>identificazione e la graduazione delle priorità territoriali</u> in un'ottica di breve e medio-lungo periodo; preliminari valutazioni urbanistiche e ambientali sulle alternative localizzative; definizione dei quadri finanziari; - è <u>necessaria una stabilità programmatica</u>; - è <u>necessaria la redazione</u> e il progressivo <u>aggiornamento di linee guida regionali</u> che costituiscano uno standard d'azione tecnico-amministrativa per gli enti sanitari regionali dalla fase di progettazione fino alle fasi di esecuzione e collaudo dei lavori - è <u>necessaria una forte e permanente regia e un forte coordinamento regionale</u> degli investimenti in tutte le fasi dalla programmazione, alla progettazione dei nuovi investimenti e degli interventi di mantenimento del patrimonio già esistente fino alle fasi esecutive mediante una stretta integrazione/monitoraggio e controllo/riorientamento, etc fra la regione e gli enti appaltanti; - è <u>necessario sottoscrivere l'AdP in presenza di una progettazione avanzata</u> (progetto esecutivo, in subordine progetto definitivo)
<p>6) <u>inadeguatezze organizzative</u> che coinvolgono tutte le fasi dei procedimenti, dalla programmazione/progettazione fino all'esecuzione delle opere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>insufficienza del personale tecnico</u> in termini di consistenza numerica e in termini di competenza tecnica adeguata per redigere/verificare/gestire progetti e per la redazione dei bandi di gara/capitolati, etc e per lo svolgimento delle procedure di gara; - <u>scarso/assente coordinamento/monitoraggio regionale</u>; - <u>scarsa/assente attenzione all'inclusione fra gli obiettivi dei direttori generali di obiettivi legati alla realizzazione degli investimenti</u>; 	<ul style="list-style-type: none"> - è <u>necessaria</u>, nell'ambito della regia regionale e dello stretto e permanente coordinamento con le aziende, <u>un'organizzazione regionale e aziendale e una dotazione organica delle aree tecniche adeguata</u> (numericamente e professionalmente) <u>alla dimensione dei nuovi investimenti/delle funzioni di mantenimento del patrimonio esistente</u>; - <u>strumenti/tempi definiti di coordinamento fra la regione e i comuni</u> di localizzazione delle opere - <u>obbligo di fissazione di obiettivi ai direttori generali, chiari e verificabili</u>;
<p>7) <u>generale contesto di incertezza normativa/giurisprudenziale</u>;</p>	
<p>8) <u>interruzione dei procedimenti</u> in varie fasi a causa di <u>accessi agli atti/contenzioso</u>;</p>	
<p>9) <u>difficoltà per alcune regioni a gestire linee di finanziamento diverse</u> (nazionali, fondi europei, etc) con procedimenti amministrativi sottostanti differenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>valutare la possibilità di uniformare i procedimenti</u>.

La legislazione vigente non prevede l'esercizio del potere sostitutivo statale in caso di mancato rispetto dei tempi di realizzazione degli investimenti, contrariamente a quanto avviene nel caso di squilibrio di bilancio sanitario regionale, ovvero in caso di accertamento di insufficiente erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

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

§ 2. LE RICHIESTE FORMULATE DALLA COMMISSIONE X

1) **DOMANDA.** 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 dell'economia e delle finanze, oltre che nella definizione degli stanziamenti, 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, alla liquidazione e al pagamento delle spese sostenute.

Quale o quali sono le fasi che richiedono maggior *effort* per il Ministero dell'economia e delle finanze, che valore aggiunto danno al processo, quanto ed in che misura l'Amministrazione ritiene che tali fasi possano essere "semplificate" sotto il profilo normativo, senza pregiudicare l'efficacia del processo?

RISPOSTA. Il Ministero dell'economia e delle finanze, in quanto gestore del capitolo di bilancio che reca gli stanziamenti (la prima fase del programma è stata gestita con mutui accesi dalle regioni e che il Ministero del tesoro all'epoca rimborsava, mentre le fasi successive sono gestite con trasferimenti diretti del finanziamento alle regioni), deve necessariamente intervenire in varie fasi:

- in primo luogo, nella fase di predisposizione del bilancio statale, fase nella quale vengono iscritti gli stanziamenti nel bilancio annuale e pluriennale ed eventualmente rimodulati gli stanziamenti stessi, per favorirne l'allineamento agli utilizzi previsti. Sono poi attuate anche le operazioni di chiusura di bilancio;
- nelle fasi di programmazione degli investimenti (intese sull'accordo di programma in conferenza Stato-regioni e, successivamente, sottoscrizione degli accordi). Gli accordi di programma (AdP) regionali infatti:
 - devono essere coerenti con lo spazio finanziario programmatorio residuo disponibile per la regione, corrispondente alle somme complessivamente assegnate (da delibere Cipess di solito, in alcuni casi da decreti o direttamente dalla legge), al netto delle somme già impegnate nei precedenti accordi di programma;
 - devono essere coperti dagli stanziamenti di bilancio annuale e pluriennale.

La stessa coerenza finanziaria deve sussistere per le ammissioni al finanziamento degli altri enti che vi accedono per i quali non sono previsti accordi di programma ma atti amministrativi (tipicamente un decreto ministeriale).

- nella fase di liquidazione e di trasferimento delle risorse: è una fase che si realizza in circa 10 giorni dal ricevimento delle richieste regionali (fatte salve le situazioni nelle quali la documentazione pervenuta risulti non corretta o lacunosa, per cui si rendono necessarie interlocuzioni con le regioni);

Il MEF-RGS non entra, per questioni legate alla competenza per materia, nel "merito sanitario" dei singoli investimenti che vengono concordati fra le regioni e il Ministero della salute e che entrano negli accordi di programma (lo stesso vale per gli investimenti autorizzati dal Ministero della salute per gli altri enti).

L'attività più onerosa, dunque, risiede nell'attività di liquidazione e trasferimento di risorse in quanto comporta un'istruttoria delle richieste avanzate dalle regioni/enti e poggia su una base informativa che si deve costantemente aggiornare gestendo migliaia di dati per AdP (caricamento e aggiornamento progressivo e incessante dei numerosi dati dei singoli investimenti che compongono gli AdP, a partire dalla prima fase di sottoscrizione dell'accordo fino alla successione dei pagamenti). Anche nella gestione dei pagamenti il MEF-RGS verifica che la regione non richieda più di quanto effettivamente spettante (sulla base dell'assegnazione del finanziamento e al netto di quanto già erogato) e dispone sistematicamente dei valori del finanziamento residuo disponibile. La banca dati degli AdP in corso di riorganizzazione presso questo Ministero è stata di grande supporto anche a numerose regioni che hanno avuto bisogno di riscontrare i dati in loro possesso con i dati del MEF, al fine di disporre di un quadro completo dello svolgimento del programma.

- 2) **DOMANDA.** "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.

RISPOSTA. *Nel premettere che il MEF-RGS ha supportato con i propri dati le regioni nell'individuare quote di finanziamento residuo disponibili (a conclusione degli investimenti) riassegnabili per nuove iniziative, anche in questa fase il MEF-RGS è stato necessariamente coinvolto, trattandosi di atti che deflazionano un AdP, con impatto sulla successiva gestione dei trasferimenti di risorse.*

La genesi della norma è legata alla necessità di "disincagliare" quote di finanziamento da investimenti fermi per renderle disponibili per investimenti di più pronta realizzazione: sotto tale profilo appare ragionevole, anche tenuto conto del fatto che la revoca riduce il singolo accordo, ma non intacca lo spazio programmatico della singola regione che lo può quindi sempre utilizzare non appena pronta. L'iniziativa spetta al Ministero della salute.

Si osserva che se gli accordi di programma fossero sottoscritti quando la regione è tecnicamente e giuridicamente pronta a realizzare gli investimenti (quindi in presenza di progetti esecutivi e, in quanto tali, immediatamente appaltabili) l'istituto della revoca non avrebbe più ragione di esistere o comunque si ridurrebbe a rimedio di importanza residuale. La prescrizione di sottoscrivere AdP solo in presenza di progettazioni esecutive sarebbe auspicabile allo scopo di evitare AdP che nei fatti sono una valutazione del fabbisogno di investimenti, solo di recente assistita da studi di fattibilità, ma privi di un supporto progettuale utile alla fattiva realizzazione delle opere.

- 3) **DOMANDA.** 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?

RISPOSTA. *Rispetto agli accordi di programma già indicati dal Ministero della salute e riportati nella Tavola 23 del Rapporto della Corte dei conti, si sono aggiunti nel 2021 e 2022 i seguenti accordi di programma di cui si riporta l'importo a carico dello Stato, per un valore complessivamente pari a 1.302,85 milioni di euro:*

- 2021 Sicilia: 236,565 mln di euro
- 2021 Emilia Romagna: 138,13 mln di euro
- 2022 Piemonte: 189,52 mln di euro
- 2022 Veneto: 330,16 mln di euro
- 2022 Toscana: 218,47 mln di euro
- 2022 Sicilia: 190 mln di euro.

- 4) **DOMANDA.** Con riferimento agli interventi "ammessi al finanziamento", il cui valore sempre nel medesimo prospetto della Corte, al 31 dicembre 2020, ammontava complessivamente a circa 11.156,6 milioni di euro, è possibile avere, nell'aggiornamento del prospetto, anche le informazioni in merito a quanto è stato complessivamente liquidato e pagato per conto dello Stato per ciascuna regione?

RISPOSTA. *E' d'obbligo premettere una precisazione ai dati di seguito forniti. Questa Amministrazione sta riprocessando (e dunque riverificando) tutti i dati dal 1998 ad oggi per gestirli su un applicativo ad hoc: tale attività, che comporta la verifica della corretta imputazione dei pagamenti agli specifici interventi (sono svariate centinaia, con migliaia di operazioni contabili corrispondenti) in cui gli accordi di programma si sono articolati, è ancora in svolgimento, per cui i valori di seguito riportati*

sono ampiamente affidabili, ma non si possono ora escludere possibili rettifiche in funzione delle verifiche tuttora in corso per i valori più remoti.

Ciò premesso, facendosi riferimento alla Tavola 23 contenuta nel Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021 della Corte dei conti (elaborazione su dati del Ministero della salute), si riportano di seguito i valori delle ammissioni a finanziamento degli accordi di programma regionali sottoscritti (nel rapporto pari a 11.159 milioni di euro, aggiornati al 2020) e il valore dei pagamenti eseguiti (circa 9 miliardi):

Accordi di programma	mln di euro	
	ammissioni finanziamento	trasferito
ADP Piemonte	1.009	604
ADP Valle d'Aosta	44	42
ADP Lombardia	2.025	1.736
ADP P.A. Bolzano	68	68
ADP P.A. Trento	93	92
ADP Veneto	1.036	941
ADP Friuli-Venezia Giulia	305	162
ADP Liguria	469	320
ADP E. Romagna	986	895
ADP Toscana	908	748
ADP Umbria	117	68
ADP Marche	325	287
ADP Lazio	820	565
ADP Abruzzo	131	103
ADP Molise	27	23
ADP Campania	1.209	343
ADP Puglia	642	452
ADP Basilicata	174	125
ADP Calabria	340	187
ADP Sicilia	969	920
ADP Sardegna	304	244
TOTALE REGIONI	11.999	8.925

- 5) **DOMANDA.** Esistono, ad avviso di codesta Amministrazione, elementi di criticità in merito alla rendicontazione degli interventi e di conseguenza alle fasi di liquidazione e di pagamento? In caso affermativo, quali sono gli interventi di carattere normativo che possono essere proposti?

RISPOSTA. *La gestione degli investimenti appartiene agli enti sanitari e alle regioni, con talune regioni che attuano una forte regia degli investimenti in termini di valutazione dei fabbisogni, programmazione, attuazione e monitoraggio ed altre regioni che, al contrario, lasciano alle aziende l'intero processo. Va da sé che tale procedimento sottostà al maggiore o minore grado di capacità e performance amministrativa e gestionale degli uffici tecnici degli enti coinvolti, sia sotto il profilo della realizzabilità fisica degli investimenti, sia sotto il profilo della formale chiusura degli stati di avanzamento dei lavori e dunque della rendicontazione dei costi e della richiesta di trasferimenti del finanziamento. Questa Amministrazione ritiene auspicabile un accentramento nelle regioni delle funzioni di valutazione dei fabbisogni, programmazione, attuazione e costante monitoraggio dello sviluppo delle opere e anche, in particolare per gli investimenti di dimensioni superiori a certe soglie, della fase attuativa, in quanto non tutte le aziende sanitarie/ospedaliere possono disporre di uffici tecnici adeguati (sotto il profilo della numerosità del personale e sotto il profilo delle necessarie competenze) ad affrontare investimenti di grandi dimensioni.*

- 6) **DOMANDA.** 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?

RISPOSTA. *Si fa prioritariamente presente, come detto, che per l'attuazione del programma*

pluriennale ex. art. 20 della legge n. 67/1988 la legislazione vigente non prevede l'esercizio del potere sostitutivo statale in caso di mancato rispetto delle tempistiche di realizzazione degli investimenti, contrariamente a quanto avviene in altri ambiti (squilibrio di bilancio sanitario regionale, accertamento di insufficiente erogazione dei livelli essenziali di assistenza).

Nella fase preparatoria del PNRR - Missione 6 il Ministero della salute, anche avvalendosi delle proprie agenzie, ha effettuato un lungo lavoro con le regioni e p.a. volto a definire i fabbisogni, sia nell'ambito degli standard poi fissati dal DM 77/2022 sia con riferimento ai fabbisogni inerenti 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).

In tali termini, la fase di programmazione è intervenuta in anticipo rispetto alla fase di formalizzazione degli interventi.

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

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

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

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

(in mln di euro)	2022	2023	2024	2025	a decorrere dal 2026
Spesa prevista	90,9	150,1	328,3	591,5	1.015,3

Il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)

Prioritariamente si rappresenta che lo strumento operativo per la realizzazione degli interventi a regia regionale (ai sensi dell'art. 56 del DL n. 77/2021) è il Contratto istituzionale di sviluppo (CIS) (disciplinato dal D.Lgs. n. 88/2011) convenuto tra le amministrazioni centrali e le regioni ed il cui modello è stato recepito con Decreto del Ministro della salute del 5 aprile 2022 mentre, con Decreto del Ministro della salute del 21 giugno 2022 sono stati approvati i CIS sottoscritti con le singole regioni e pa.

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

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

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

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

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

Tale tavolo istituzionale ha il compito di:

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

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

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

Acquisti Centralizzati previsti in ambito CIS

Inoltre, nell'ambito dei Piani Operativi allegati ai CIS sottoscritti tra Ministero della salute e regioni/pa, sono state indicate le modalità attuative degli interventi e di utilizzo delle risorse, prevedendo che, per la realizzazione degli investimenti, le medesime regioni/pa e gli enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) **ricorrono agli accordi-quadro Consip di cui all'art. 54 del D.Lgs. n. 50/2016** (c.d. Codice dei contratti pubblici).

Ad esempio, circa l'attuazione degli interventi PNRR per la digitalizzazione dei DEA di I e di II livello, prevista nell'ambito dell'investimento M6C2 1.1.1 riguardante "l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero", si è fatto ricorso a Consip che ha individuato degli specifici accordi-quadro che comprendono l'acquisto di:

- Centri di elaborazione dati (CED) e delle relative infrastrutture ITC (comprehensive dei lavori necessari per realizzare l'informatizzazione dell'intera struttura ospedaliera);
- Tecnologie informatiche (hardware e software), tecnologie elettromedicali e supplementari (ed i relativi lavori necessari all'informatizzazione dei reparti ospedalieri);
- Il rispetto del principio del DNSH.

In particolare, Consip ha individuato i seguenti accordi-quadro:

1. **Gara a procedura aperta** per l'affidamento dei servizi applicativi e servizi di supporto in ambito "Sanità digitale – Sistemi informativi sanitari e servizi al cittadino" (ID 2365), pubblicata il 28/12/2021 con un importo bandito pari a 540 milioni di euro riguardante:
 - a. Servizi applicativi relativi allo sviluppo software e relativa evoluzione, migrazione applicativa, configurazione e personalizzazione, manutenzione adeguativa, conduzione applicativa e servizi di conduzione infrastrutturale;
 - b. Servizi di supporto strategico per la digitalizzazione dei servizi sanitari, la governance e l'innovazione tecnologica;
2. **Gara a procedura aperta** per l'affidamento di servizi applicativi e l'affidamento di servizi di supporto in ambito "Sanità digitale – Sistemi informativi clinico-assistenziali" (ID 2202), pubblicata il 4/6/2021 con un importo bandito pari a 600 milioni di euro riguardante:
 - a. Servizi applicativi relativi allo sviluppo software e relativa evoluzione, migrazione applicativa, configurazione e personalizzazione, manutenzione adeguativa, conduzione applicativa e servizi di conduzione infrastrutturale;
 - b. Servizi di supporto su project management, supporto al monitoraggio, change management, demand management, servizi di digitalizzazione dei processi sanitari, IT strategy ed Advisory;

Di entrambe le gare è intervenuta l'aggiudicazione definitiva di tutti i lotti e sono stati sottoscritti i relativi contratti di appalto.

Esercizio poteri sostitutivi (DL 77/2021)

Di contro, circa la Governance del PNRR il DL n. 77/2021, come modificato dal DL n. 13/2023, ha previsto le misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure prevedendo **meccanismi finalizzati al superamento dell'eventuale inerzia da parte dei soggetti incaricati di attuare le misure del PNRR.**

In particolare, l'articolo 12 del citato DL n. 77/2021 prevede che il Governo possa sostituirsi alle regioni, province autonome, città metropolitane, province e comuni, ambiti territoriali sociali che operano in qualità di attuatori di progetti o interventi del PNRR, nel caso di:

- mancato rispetto degli obblighi e impegni finalizzati all'attuazione del PNRR e assunti in qualità di soggetti attuatori (tra cui rientra anche la mancata adozione di atti e provvedimenti necessari all'avvio dei progetti del Piano);
- ritardo, inerzia e difformità nell'esecuzione dei progetti.

Affinché il Governo possa esercitare il potere sostitutivo è necessario che l'inadempimento dell'ente titolare dell'intervento e/o dell'ente attuatore dell'intervento **metta a rischio il conseguimento degli obiettivi intermedi e finali del Piano.**

Nel caso in cui si realizzino tali condizioni, il meccanismo di esercizio dei poteri sostitutivi da parte dello stato prevede che (art. 2, comma 1, del predetto D.L. 77/2021):

1. Inerzia delle regioni, delle province autonome di Trento e di Bolzano, delle città metropolitane, delle province o dei comuni.

- a) Su proposta della Cabina di regia PNRR o su proposta del Ministro competente, **il Presidente del Consiglio dei ministri** assegna al soggetto attuatore interessato un termine per provvedere non superiore a quindici giorni;
- b) in caso di perdurante inerzia, sempre su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri o del Ministro competente, sentito il soggetto attuatore, il Consiglio dei ministri individua l'amministrazione, l'ente, l'organo o l'ufficio, ovvero in alternativa nomina uno o più commissari ad acta, ai quali attribuisce, in via sostitutiva, il potere di adottare gli atti o provvedimenti necessari ovvero di provvedere all'esecuzione dei progetti e degli interventi, anche avvalendosi di società di cui all'articolo 2 del decreto legislativo n. 175/2016 (società a controllo pubblico, società a partecipazione pubblica, società "in-house"), altre società di cui ai titoli V e VI, capo I, del libro V del codice civile (società semplice, collettiva, in accomandita semplice, per azioni, in accomandita per azioni, a responsabilità limitata, cooperative e mutue assicuratrici), anche aventi come oggetto sociale lo svolgimento di attività consortili o di altre amministrazioni specificamente indicate, assicurando, ove necessario, il coordinamento operativo tra le varie amministrazioni, enti o organi coinvolti;
- c) inoltre (art. 2, comma 2, del già menzionato DL n. 77/2021), fermo restando l'esercizio dei poteri sostitutivi, nei casi di inerzia, **il Ministro per gli affari regionali e le autonomie può promuovere le opportune iniziative di impulso** e coordinamento nei riguardi dei medesimi enti territoriali, anche in sede di Conferenza Stato-Regioni nonché di Conferenza unificata.

2. Inerzia di un soggetto attuatore diverso dalle regioni, dalle p.a., dalle città metropolitane, dalle province o dai comuni

Nel caso in cui l'inadempimento, il ritardo, l'inerzia o la difformità di esecuzione sia ascrivibile a un soggetto attuatore diverso da tali enti, **il Ministro competente provvede direttamente** all'assegnazione del termine non superiore a trenta giorni e al successivo esercizio del potere sostitutivo, attraverso l'utilizzo delle predette modalità.

Lo stesso Ministro provvede nel caso in cui la richiesta di esercizio dei poteri sostitutivi provenga, per qualunque ragione, direttamente da un soggetto attuatore, ivi compresi gli enti territoriali.

Qualora il Ministro competente non adotti il provvedimento di assegnazione del termine non superiore a trenta giorni e quello conseguente per l'esercizio del potere sostitutivo, detti poteri sostitutivi sono esercitati dal Consiglio dei ministri su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri o della Cabina di regia.

Analoga procedura viene adottata in tutti i casi in cui situazioni o eventi ostativi alla realizzazione dei progetti rientranti nel PNRR non risultino altrimenti superabili con celerità.

3. Esercizio dei poteri sostitutivi

I soggetti incaricati della sostituzione (amministrazione, ente, organo o ufficio individuati o commissari ad acta nominati) provvedono all'adozione degli atti mediante ordinanza motivata, contestualmente comunicata all'unità per la razionalizzazione e il miglioramento della regolazione (istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri e che ha compiti di individuazione delle azioni prioritarie, coordinamento, individuazione delle priorità)

Tale operazione avviene in deroga ad ogni disposizione di legge diversa da:

- principi generali dell'ordinamento;
- legge penale;
- disposizioni del codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione (D.Lgs. n. 159/2011);
- vincoli inderogabili derivanti dall'appartenenza all'Unione europea.

Inoltre, nel caso in cui la deroga riguarda la legislazione regionale, l'ordinanza viene adottata, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Quando poi l'ordinanza impatta sulla legislazione in materia di tutela della salute, della sicurezza e della incolumità pubblica, dell'ambiente e del patrimonio culturale, l'ordinanza è adottata previa autorizzazione della predetta Cabina di regia.

In caso di esercizio dei poteri sostitutivi relativi ad interventi di tipo edilizio o infrastrutturale, si applicano le medesime previsioni nonché le disposizioni di cui all'articolo 4, commi 2 e 3, terzo periodo, del decreto-legge n. 32/2019, inerenti gli interventi di accelerazione degli interventi infrastrutturali a seguito di eventi sismici, che prevede le azioni da parte dei Commissari straordinari nominati per tale accelerazione.

I soggetti attuatori sostituiti rispondono, con le risorse PNRR o con risorse proprie di tutte le obbligazioni nei confronti dei terzi assunte dai soggetti individuati o nominati per l'esercizio dei poteri sostitutivi.

In ogni caso la Presidenza del Consiglio dei ministri e le amministrazioni centrali titolari di interventi previsti dal PNRR restano estranee ad ogni rapporto contrattuale e obbligatorio discendente dall'adozione di atti, provvedimenti e comportamenti da parte dei soggetti individuati o nominati per l'esercizio dei poteri sostitutivi.

I menzionati meccanismi di esercizio dei poteri sostitutivi si applicano anche qualora il ritardo o l'inerzia riguardi una pluralità di interventi ovvero l'attuazione di un intero programma di interventi

4. Disciplina specifica per i casi di edilizia sanitaria

L'art. 56 del menzionato DL 77/2021, inoltre, ha previsto specifiche disposizioni in materia di semplificazione per l'attuazione dei programmi del Ministero della salute di edilizia sanitaria ricompresi nel PNRR.

Prevede, per gli interventi PNRR di edilizia sanitaria, tra cui quelli di cui all'art. 20 del DL 67/88, limitatamente al periodo di attuazione del PNRR:

- o *il rilascio semplificato del permesso di costruire in deroga alla disciplina urbanistica ed alle disposizioni di legge statali e regionali in materia di localizzazione delle opere pubbliche;*
- o *l'utilizzo dell'istituto del CIS per i programmi PNRR di competenza del Ministero della salute e al programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.*