

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

## Sommario

<b>Risorse stanziare per l'edilizia sanitaria ex art. 20 L 67/1988</b> .....	3
<b>Normativa di riferimento per l'attivazione dei programmi di investimento in edilizia sanitaria</b> .....	3
• <b>Conferenza Stato-Regioni Seduta del 19 dicembre 2002</b> .....	3
• <b>Conferenza Stato-Regioni Seduta del 28 febbraio 2008</b> .....	3
<b>Iter per la stipula degli accordi di programma</b> .....	4
<b>Fase di programmazione regionale</b> .....	4
<b>Attivazione degli accordi di programma</b> .....	5
<b>Richiesta di ammissione al finanziamento da parte della Regione/PA</b> .....	6
<b>Gara d'appalto</b> .....	6
<b>Condizioni di revoca degli interventi:</b> .....	7
<b>Conclusioni</b> .....	7
<b><i>Tavolo tecnico interistituzionale in materia di edilizia sanitaria</i></b> .....	7
<b>Attività Agenas nell'ambito del <i>Tavolo tecnico interistituzionale in materia di edilizia sanitaria</i></b> .....	8
<b>Possibili soluzioni di miglioramento dei processi relativi agli Accordi di programma</b> .....	11
<b>MISSIONE 6 component 1 PNRR</b> .....	12
<b>Monitoraggio Agenas sull'attuazione del DM 77/2022</b> .....	13
<b>Strutture Missione 6 component 1 PNRR- Situazione al 31/12/2022</b> .....	13

## Risorse stanziare per l'edilizia sanitaria ex art. 20 L 67/1988

Con l'art.20 della Legge 67/1988 è stata autorizzata l'esecuzione di un 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 per l'importo complessivo di lire 30.000 miliardi.

L'art. 5 bis del Decreto Legislativo 502/1992, prevede che il Ministero della Salute, nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'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 Stato Regioni, nei limiti delle disponibilità finanziarie iscritte nel bilancio dello Stato e nei bilanci regionali.

L'ammontare di tali risorse al 2022 è rappresentato nella seguente tabella:

	anni	Risorse programmate edilizia sanitaria	Articolo 20, legge n. 67 del 1988	integrazione per superamento ospedali psichiatrici giudiziari	TOTALE risorse
FASE 1	1996	FASE 1 conclusa	4.854.694.851,45		
FASI SUCCESSIVE CON ACCORDI DI PROGRAMMA	2006	Risorse programmate al 31/12/2006	12.720.333.424,57		
	2007	Incremento importo programmatorio (LF 2007 296/2006 - 20 miliardi di euro) Patto per la salute 2007-2009	2.424.971.723,98		
	2008	Incremento da LF 2008 (23 miliardi euro ex art. 2, comma 279, legge 244/2007)	3.000.000.000,00		
	2010	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		
	2011	RISORSE AGGIUNTIVE PER OPG art. 3-ter del DL 211/2011		113.807.991,00	
	2019	Incremento da LB 2019 n. 145/2018, articolo 1, commi 555 e 556	4.000.000.000,00		
	2020	Incremento da LB 2020 n. 160/2019, articolo 1, comma 81	2.000.000.000,00		
	2021	Incremento da LB 2021 n. 178/2020, articolo 1, comma 442	2.000.000.000,00		
	2022	Incremento da LB 2022 n. 234/2021, articolo 1, commi 263-267	2.000.000.000,00		
		PROGRAMMA DI EDILIZIA SANITARIA - Totale risorse programmate	<b>34.000.000.000,00</b>	113.807.991,00	34.113.807.991

## Normativa di riferimento per l'attivazione dei programmi di investimento in edilizia sanitaria

- **Conferenza Stato-Regioni Seduta del 19 dicembre 2002**

*Oggetto: Schema di accordo tra Il Governo, Le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità*

Tale documentazione include:

- Procedura e modelli per l'ammissione al finanziamento e per la sua erogazione: ammissione a finanziamento (MODULO A), Richiesta di erogazione finanziaria (MODULO B)
- Verifica generale dello stato di attuazione dei programmi e determinazione della presunta annualità da impegnare MODULO C

- **Conferenza Stato-Regioni Seduta del 28 febbraio 2008**

*Accordo ai sensi dell'articolo 4 del d.lgs 28 agosto 1997, n.281, tra Il Governo, Le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per la "Definizione delle modalità e delle procedure per l'attuazione dei programmi di investimento in sanità, a integrazione dell'accordo del 19 dicembre 2002"*

Composto da

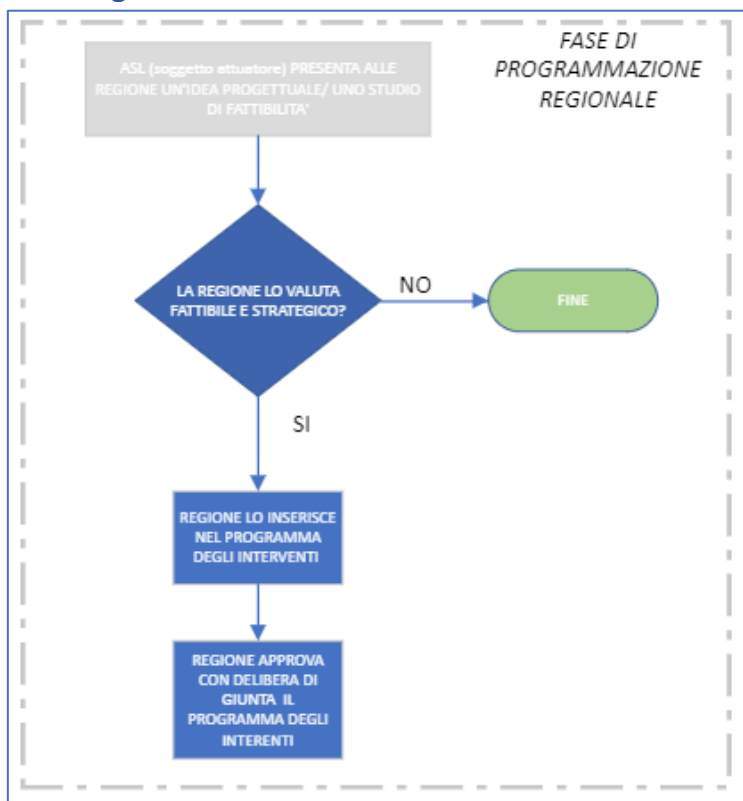
1. Accordo di programma: documenti e procedure per la definizione dell'accordo
  - A) PROTOCOLLO D'INTESA
  - B) DOCUMENTO PROGRAMMATICO (MEXA) All.A1- Metodologia ex ante, strumento per la valutazione ex ante dei Documenti Programmatici da parte del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici.
  - C) ARTICOLATO CONTRATTUALE All.A2
  - D) SCHEDE TECNICHE RELATIVE AI SINGOLI INTERVENTI All A3
2. Attuazione dell'accordo di programma
3. Monitoraggio dell'attuazione dell'accordo di programma

I contenuti del presente accordo si applicano anche agli interventi relativi ad altri programmi di investimento di Regioni, P.A. ed enti (Policlinici Univ, IRCCS, IZS, ISS...):

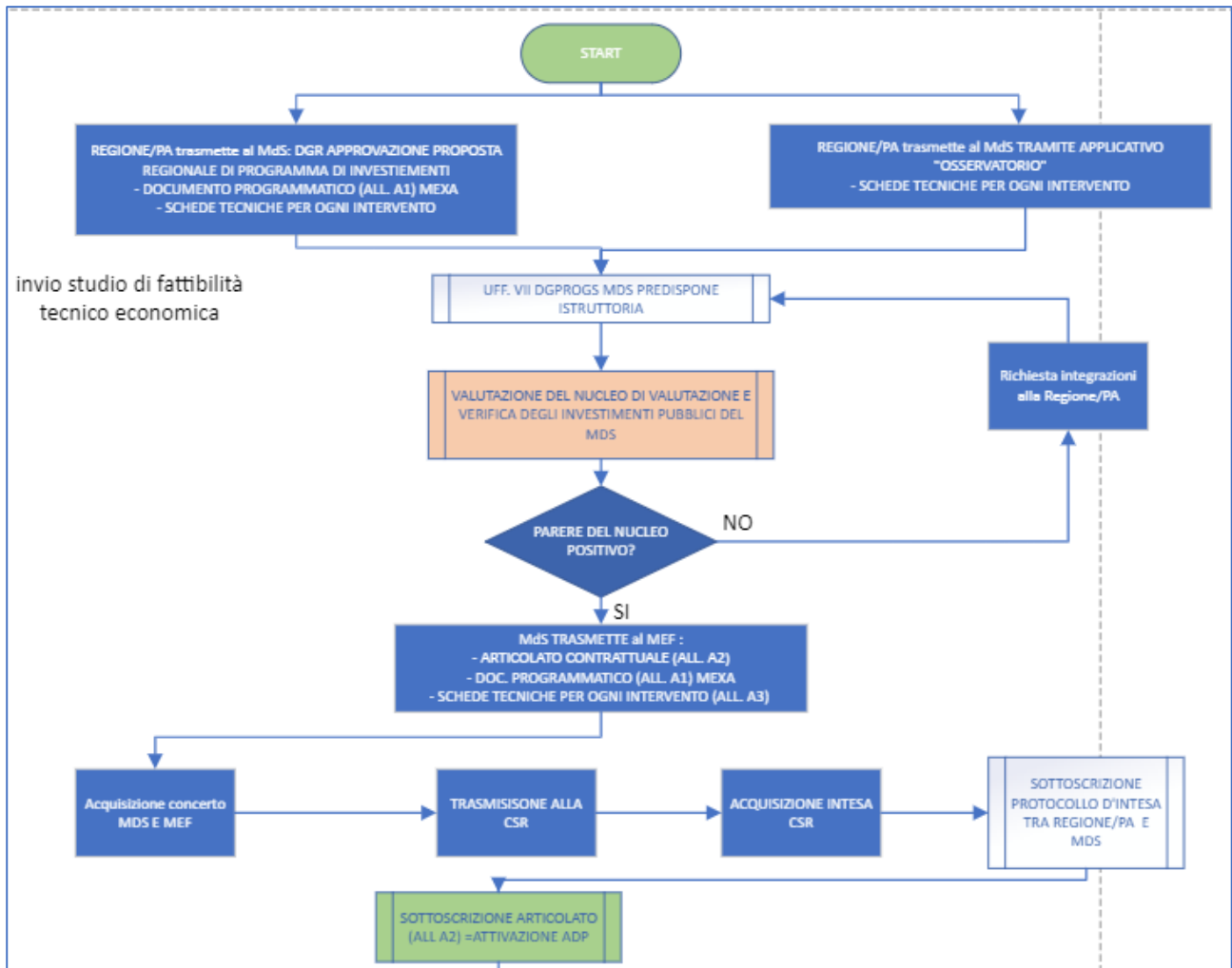
- art.71 L.448/1998 ("Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo" Art. 71. (Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani)
- D.L. 450/1998 convertito con modificazioni dalla Legge 26 febbraio 1999, n. 39 (disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000)
- D.Lgs. 254/2000 (Disposizioni correttive e integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari)
- Art.28 L.488/1999 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000). Articolo 28 - Riqualificazione dell'assistenza sanitaria e attività libero-professionale

## Iter per la stipula degli accordi di programma

### Fase di programmazione regionale

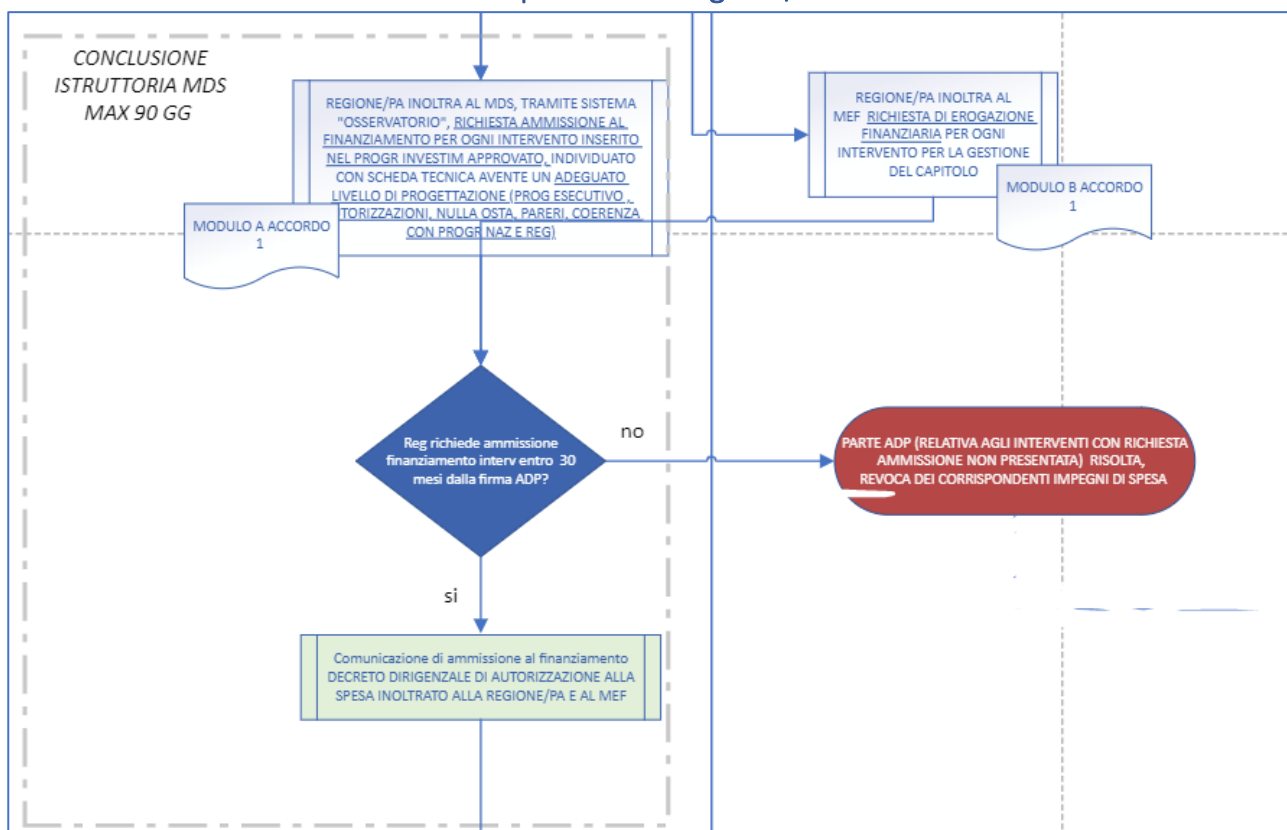


## Attivazione degli accordi di programma



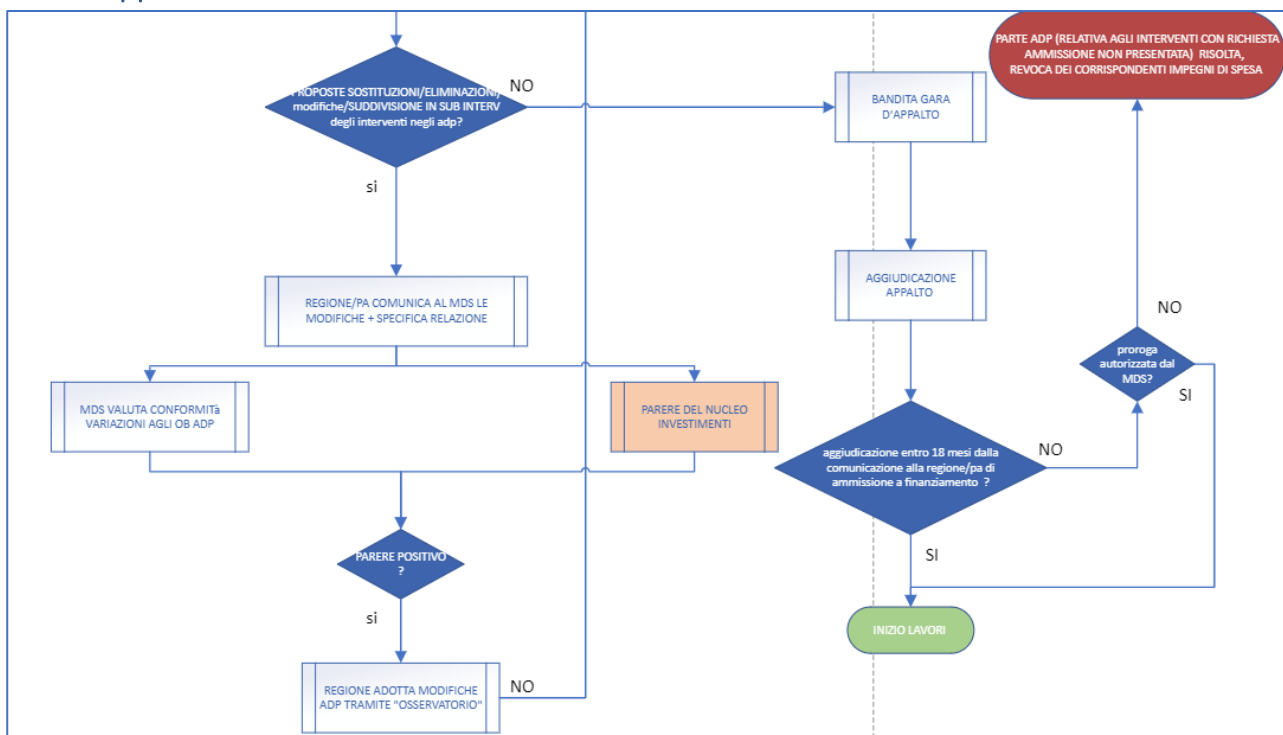
In questi passaggi un ruolo fondamentale è ricoperto dal **Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici** del Ministero della Salute (Legge 144/1999- ART. 1. Costituzione di unità tecniche di supporto alla programmazione, alla valutazione e al monitoraggio degli investimenti pubblici).

## Richiesta di ammissione al finanziamento da parte della Regione/PA



Tale fase si conclude con la comunicazione di ammissione al finanziamento, ossia con il **decreto dirigenziale di autorizzazione alla spesa** inoltrato dal Ministero della Salute alla Regione/PA e al MEF.

## Gara d'appalto



La gara d'appalto può essere bandita a meno di richieste di sostituzioni/eliminazioni/modifiche degli interventi negli accordi di programma.

### Condizioni di revoca degli interventi:

- Se la Regione/PA richiede l'ammissione al finanziamento oltre 30 mesi dalla firma dell'accordo di programma
- Se l'appalto viene aggiudicato dopo 18 mesi dalla comunicazione alla Regione/PA di ammissione a finanziamento

### Conclusioni

Come si evince anche dai diagrammi di flusso, le principali criticità si riscontrano nella **complessità** e nella **durata** della procedura che non consentono un agevole e tempestivo impiego delle **risorse** pubbliche rese disponibili, le quali rimangono per lungo tempo **immobilizzate** con evidenti riflessi negativi sulla gestione finanziaria e contabile della Regione e dell'intero SSR, (fattore anche evidenziato dalla Corte dei Conti).

La lunghezza dell'iter determina spesso un **parziale superamento della programmazione** che non risulta sempre coerente con la normativa che nel frattempo interviene, inoltre **l'aumento dei costi** degli interventi e/o l'emergere di nuovi/diversi fabbisogni potrebbero richiedere variazioni degli interventi stessi e, quindi, la conseguente necessità di procedere a **rimodulazioni** dell'Accordo per aggiornarne i contenuti, nonché a revoche di interventi già approvati e relativa richiesta di sostituzione con nuovi interventi.

## Tavolo tecnico interistituzionale in materia di edilizia sanitaria

- Il 22/06/2022 è stato costituito presso il CIPESS (Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica- Presidenza del Consiglio dei Ministri) il *Tavolo tecnico interistituzionale in materia di edilizia sanitaria riqualificazione e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico*.

Al tavolo partecipano il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle Finanze, Agenas, Agenzia della coesione, Cassa Depositi e prestiti, rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.

Si è deciso di procedere ad un confronto con le singole regioni /P.A. al fine di individuare le cause ostative all'avanzamento degli interventi previsti negli accordi di programma, individuare le criticità del sistema e per delineare possibili soluzioni.

- Dal 20/09/2022 al 13/10/2022 si sono svolte le audizioni con le Regioni/PA nell'ambito del Tavolo.

Ciascuna Regione/PA ha prodotto una scheda di rilevazione degli Accordi di programma ed interventi ed una Relazione sullo stato degli accordi di programma approvati ex art.20.

- Il 26/10/2022 si è svolto un incontro per condividere le risultanze ottenute dal ciclo di audizioni

Il Dipartimento ha prodotto la bozza di *"Relazione sullo stato di attuazione degli accordi di programma approvati ex art.20 della legge 13 marzo 1988, n.67 e s.m.i."*

- Il 10/03/2023 è stato inviato al Tavolo tecnico il contributo Agenas - integrazione alla bozza di *"Relazione sullo stato di attuazione degli accordi di programma approvati ex art.20 della legge 13 marzo 1988, n.67 e s.m.i."*
- Il 6/4/ 2023 si è svolta una seduta del Tavolo tecnico interistituzionale con i seguenti punti all'odg:

1. Agenas – Proposte di integrazione alla bozza di Relazione sullo stato di attuazione degli accordi di programma approvati;
2. Nota Regione Emilia-Romagna. Proposte della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome per la semplificazione delle procedure dei finanziamenti ex art. 20 della l. 67/88;
3. Cassa Depositi e Prestiti - Appunto Fondo Rotativo per la Progettualità;
4. Infrasanitarie – Realizzazione di progetti di infrastrutture – Schema di processo attuativo.

### *Attività Agenas nell'ambito del Tavolo tecnico interistituzionale in materia di edilizia sanitaria*

A seguito delle audizioni svolte nell'ambito del *Tavolo tecnico interistituzionale* con le Regioni/PA, Agenas ha prodotto la seguente tabella riassuntiva, ad uso interno, che sintetizza, per ogni fase (progetto, affidamento ed esecuzione, rendicontazione, imprevisti), i fattori favorevoli e ostacolanti, quindi lo stato dell'arte fino ad oggi scaturito dai confronti.



	FATTORI OSTACOLANTI	FATTORI FAVORENTI
PROGETTO	Errori di progettazione	Obiettivi per Direttori generali di regione e aziende. Non modificabilità del progetto iniziale a meno di sostanziali cambiamenti dei modelli di assistenza.
	Scarso/variabile sostegno nel tempo della leadership regionale e/o aziendale	Piani triennali di investimento delle aziende debbono recare una programmazione reale e aggiornata
	Cambiamenti della leadership	Partecipazione al progetto di fattibilità. Informazioni continue sull'esecuzione e sui vantaggi
	L'attuazione dei piani di investimento in edilizia sanitaria in alcune Regioni non è inserita gli obiettivi generali dei direttori delle Asl	Accesso al Fondo di rotazione per la progettazione a disposizione delle Regioni/PA: anticipazioni finanziarie per spese progettuali di opere pubbliche
	Revisione del progetto o nuovo progetto o cambio delle fonti di finanziamento	Conferenze dei servizi e semplificazioni
	Contrasto con Comuni o con popolazione	Capacità di programmazione degli investimenti a lungo termine ed elaborazione di piani decennali
	Cambio di priorità: altre attività "concorrenti" acquisiscono maggior priorità	
	Mancanza di coordinamento tra diversi livelli di governo e con Enti/Autorità (Sovrintendenze, VVF, ecc.)	
	<u>Mancanza di una progettazione avanzata in fase di sottoscrizione dell'accordo</u>	
	Mancanza di target e milestones definiti negli AdP (modello PNRR)	
AFFIDAMENTO ED ESECUZIONE	Mancanza di un sistema informativo e di dati di feedback tra Aziende-Regione-Ministeri	Software/Piattaforma aziende-regioni o anche Ministero-regioni-aziende
	<u>Poche risorse tecniche regionali e/o aziendali</u>	Ricorso ad altre strutture regionali. Unificazione di Uffici per gestire tutte le linee di finanziamento
	<u>Risorse tecniche aziendali non sufficientemente esperte</u>	Formazione e assistenza. Benchmarking con altre regioni più organizzate
	Farraginosità procedure amministrative interne	Cabina di regia regionale forte che coordini
	Difficoltà nel supporto del Ministero	

	FATTORI OSTACOLANTI	FATTORI FAVORENTI
AFFIDAMENTO ED ESECUZIONE	Problemi nell'affidamento	Stazione unica appaltante regionale. Azienda zero
	Difficoltà nell'esecuzione: fornitori, fallimenti, <u>contenziosi</u>	Step di verifica intermedi
	Ricollocazione delle attività sanitarie in altri spazi temporanei	
	Varianti	
RENDICONTAZIONE	Difficoltà nella rendicontazione e nella liquidazione per interventi conclusi (scarsa esperienza specifica del personale, documentazione risalente nel tempo, mancanza di un sistema informativo efficace ecc.)	Sistema documentale. Formazione e assistenza al personale addetto.
		Una corretta rendicontazione porta al recupero di economie
IMPREVISTI	Eventi naturali imprevisti (terremoto, allagamento, pandemia)	
	Aumento/Revisione prezzi	
	Rischio di obsolescenza delle tecnologie (il tempo realizzazione degli AdP è molto più lento dei tempi di aggiornamento tecnologico)	

A partire dall'individuazione dei fattori, alcuni dei quali già compresi nella bozza del CIPESS "Relazione sullo stato di attuazione degli accordi di programma approvati ex art.20 della legge 13 marzo 1988, n.67 e s.m.i.", **Agenas ha proposto le seguenti integrazioni al documento.**

1-Definire le modalità di coordinamento tra diversi livelli di governo e con Enti/Autorità (Sovrintendenze, VVF ecc.) per fare in modo che tutte le indagini richieste, almeno nello studio di fattibilità, siano presenti. \*

2- Prevedere possibili criticità legate ad eventi imprevisti (calamità naturali, pandemie...) e quali contromisure adottare in tali casi.

3- Definire, all'interno del progetto, la ricollocazione delle attività sanitarie in altri spazi temporanei in caso di interventi in edificio preesistente.

4-Semplificare gli iter amministrativi per la sottoscrizione degli accordi di programma, a partire dall'aggiornamento dell'Accordo del 28 febbraio 2008 "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità" ad integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002 che preveda lo **snellimento della Mexa.**

\* il punto 1- ha trovato un riscontro positivo nella discussione in quanto le sovrintendenze hanno un tempo massimo di 120 gg per esprimere un parere e i VVF 60 gg; quindi, è opportuno avviare interlocuzioni e coordinamenti già dalle prime fasi di progettazione.

5- Prevedere un iter semplificato per l'approvazione delle opere di importo inferiore ad una soglia da stabilire.

6- Attuare una modalità di finanziamento simile a quella adottata per il PNRR che comprenda monitoraggi periodici sugli stati di avanzamento dei lavori e sui rispettivi tempi, attraverso la realizzazione, con il supporto di AGENAS, di una piattaforma informatica condivisa per la gestione degli accordi di programma e il monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi.

## Possibili soluzioni di miglioramento dei processi relativi agli Accordi di programma

- Definire a livello regionale un **Masterplan per l'edilizia sanitaria** che preveda una fase di progettazione preliminare prima della sottoscrizione degli accordi di programma
- Definire **best practice e linee guida** per ciascuna fase: progettazione, affidamento, esecuzione e rendicontazione per dare indicazioni precise a livello regionale
- Definire un **fabbisogno di personale tecnico-amministrativo specializzato** da gestire sia a livello regionale (ad es. tramite azienda zero) sia a livello nazionale per fornire supporto
- Fare in modo che **già in fase di sottoscrizione dell'accordo di programma sia definito un progetto avanzato (esecutivo)**, necessario per la fase successiva di richiesta della Regione al Ministero della Salute di ammissione a finanziamento
- Stanziare i fondi per Regione secondo una **quota di accesso (modello PNRR 40% Sud, 60% Centro Nord)**
- Individuare **step di verifica intermedi (modello PNRR con Milestone e Target)** per monitorare l'andamento degli investimenti previsti. Potenziare la fase di monitoraggio dell'attuazione degli accordi di programma peraltro prevista nell'Accordo ai sensi dell'articolo 4 del d.lgs. 28 agosto 1997, n.281, tra Il Governo, Le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per la "Definizione delle modalità e delle procedure per l'attuazione dei programmi di investimento in sanità, a integrazione dell'accordo del 19 dicembre 2002"- Conferenza Stato-Regioni Seduta del 28 febbraio 2008
- Definire la possibilità di un **intervento sostitutivo** da parte dello Stato in grado di supplire alle inerzie regionali.

## MISSIONE 6 component 1 PNRR

L'AGENAS, ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 06 agosto 2021 e successive modifiche *“Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione”* e del D.L. n. 77 del 31 maggio 2021 *“Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”* convertito con la Legge 108/2021, è l'Ente di supporto tecnico operativo per la realizzazione degli interventi previsti nella citata M6C1 del PNRR.

Nello specifico, con l'Accordo del 31/12/2021 tra il Ministero della Salute, AGENAS e Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per la trasformazione digitale, l'Agenzia è stata individuata quale Amministrazione che garantisce il supporto tecnico operativo per i seguenti interventi: 1.1 *“Case della Comunità e presa in carico della persona”*, 1.2.1 *“Assistenza Domiciliare”*, 1.2.2 *“Centrali Operative Territoriali”*, *“Progetti di Interconnessione Aziendale”*, *“Finanziamento strumenti/device a supporto degli operatori e dei pazienti”*, 1.3 *“Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”*.

Agenas predispone semestralmente delle istruttorie in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 2 del **DM 77/2022 *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”***.

Il citato articolo, riguardante il Monitoraggio, prevede al comma 1 che *“Il monitoraggio semestrale degli standard previsti dal presente Regolamento è assicurato dal Ministero della salute per il tramite dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas)”* e prevede al comma 2 che *“L'Agenas, procederà ad elaborare una relazione, che invierà al Ministero della salute semestralmente sullo stato di implementazione, in ogni singola regione e provincia autonoma di Trento e di Bolzano, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico”*.

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) tra le amministrazioni centrali e le regioni/P.A. 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 P.A.. Il CIS, in particolare, ha come allegato il Piano Operativo Regionale (POR) 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.

## Monitoraggio Agenas sull'attuazione del DM 77/2022

### Strutture Missione 6 component 1 PNRR- Situazione al 31/12/2022

(Fonte: Monitoraggio Agenas DM 77)

Di seguito le tabelle riassuntive di quanto emerso dalla **prima fase del Monitoraggio sull'attuazione degli standard del DM 77/2022 riguardante il semestre giugno-dicembre 2022** (Fonte: Monitoraggio Agenas DM 77).

Ricognizione dei Distretti per ogni regione (ad oggi tali informazioni non sono attualmente disponibili a livello nazionale).

Regione	Nr. Distretti	Pop. Media per distretto	coincidenza con ATS Si	coincidenza con ATS No
ABRUZZO	20	63.683	6	14
BASILICATA	6	90.003	6	0
CALABRIA	14	132.533	0	14
CAMPANIA	73	77.045	73	0
EMILIA-ROMAGNA	38	117.316	38	0
FRIULI-VENEZIA GIULIA	20	59.184	20	0
LAZIO	46	124.243	41	5
LIGURIA	19	79.289	19	0
LOMBARDIA	84	117.452	55	29
MARCHE	13	116.359	6	7
MOLISE	3	98.098	0	3
PIEMONTE	33	128.354	28	5
PUGLIA*	45	87.176	n.d.	n.d.
P.A. BOLZANO	4	133.944	4	0
P.A. TRENTO	3	180.719	0	3
SARDEGNA	24	65.799	22	2
SICILIA	55	87.726	55	0
TOSCANA	28	129.364	28	0
UMBRIA	12	72.261	12	0
VALLE D'AOSTA	2	61.669	2	0
VENETO	26	186.741	17	9
<b>Italia</b>	<b>568</b>	<b>105.192</b>	<b>432</b>	<b>91</b>

Per quanto concerne gli interventi previsti dalla missione 6 component 1 PNRR, possiamo dividere due macrocategorie:

- Interventi previsti nei POR (Piano Operativo Regionale) allegati ai CIS (Contratti Istituzionali di sviluppo) sottoscritti tra le Regioni/PA e il Ministero della Salute
- Interventi EXTRA POR che utilizzano altre fonti di finanziamento (art.20, Fondi regionali, FESR...)

Regioni	Case della Comunità				Totale
	POR		EXTRA POR		
	Attive	Non attive	Attive	Non attive	
Abruzzo	-	40	-	-	40
Basilicata	-	19	-	-	19
Calabria	-	61	-	4	65
Campania	-	172	-	19	191
Emilia-Romagna	43	42	-	7	92
Friuli-Venezia Giulia	-	23	-	4	27
Lazio	-	135	-	-	135
Liguria	-	32	-	-	32
Lombardia	36	163	2	10	211
Marche	-	29	-	-	29
Molise	6	7	-	-	13
P.A. Bolzano	-	10	-	-	10
P.A. Trento	-	10	-	-	10
Piemonte	31	51	7	2	91
Puglia	-	121	-	-	121
Sardegna	-	50	-	30	80
Sicilia	-	156	-	-	156
Toscana	6	71	-	-	77
Umbria	-	17	2	3	22
Valle d'Aosta	-	4	-	-	4
Veneto	-	95	-	5	100
<b>Italia</b>	<b>122</b>	<b>1308</b>	<b>11</b>	<b>84</b>	<b>1525</b>

Al 31/12/2022 risultano complessivamente 8,5% case della comunità POR attive e 11,6% case della comunità EXTRA POR attive.

Regioni	Centrali Operative territoriali				Totale
	POR		EXTRA POR		
	Attive	Non attive	Attive	Non attive	
Abruzzo	-	13	-	-	13
Basilicata	-	6	-	-	6
Calabria	-	21	-	2	23
Campania	-	65	-	18	83
Emilia-Romagna	-	45	-	-	45
Friuli-Venezia Giulia	-	12	-	-	12
Lazio	-	59	-	-	59
Liguria	-	16	-	-	16
Lombardia	9	92	1	2	104
Marche	-	15	-	-	15
Molise	-	3	-	-	3
P.A. Bolzano	-	5	-	-	5
P.A. Trento	-	5	-	-	5
Piemonte	4	39	-	-	43
Puglia	-	40	-	-	40
Sardegna	-	16	-	8	24
Sicilia	-	49	-	-	49
Toscana	-	37	-	-	37
Umbria	1	8	-	-	9
Valle d'Aosta	-	1	-	-	1
Veneto	-	49	9	-	58
<b>Italia</b>	<b>14</b>	<b>596</b>	<b>10</b>	<b>30</b>	<b>650</b>

Al 31/12/2022 risultano complessivamente 2,3% centrali operative territoriali POR attive e 25% centrali operative territoriali EXTRA POR attive.

Regioni	Ospedali di Comunità				Totale
	POR		EXTRA POR		
	Attivi	Non attivi	Attivi	Non attivi	
Abruzzo	-	11	-	-	11
Basilicata	-	5	-	-	5
Calabria	1	19	-	3	23
Campania	-	48	-	9	57
Emilia-Romagna	5	22	-	-	27
Friuli-Venezia Giulia	-	7	-	2	9
Lazio	-	36	-	-	36
Liguria	1	10	-	-	11
Lombardia	9	57	1	3	70
Marche	-	9	-	-	9
Molise	2	-	-	-	2
P.A. Bolzano	-	3	-	-	3
P.A. Trento	-	3	-	-	3
Piemonte	-	27	-	3	30
Puglia	-	38	-	-	38
Sardegna	-	13	-	20	33
Sicilia	-	43	-	-	43
Toscana	-	24	-	-	24
Umbria	-	5	-	12	17
Valle d'Aosta	-	1	-	1	2
Veneto	13	22	24	12	71
<b>Italia</b>	<b>31</b>	<b>403</b>	<b>25</b>	<b>65</b>	<b>524</b>

Al 31/12/2022 risultano complessivamente 7,1% ospedali di comunità POR attivi e 27,8% ospedali di comunità EXTRA POR attivi.