



RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 1

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

10^a COMMISSIONE PERMANENTE (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA RISTRUTTURAZIONE EDILIZIA E L'AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO DEL PATRIMONIO SANITARIO PUBBLICO, ANCHE NEL QUADRO DELLA MISSIONE 6 DEL PNRR

48^a seduta: martedì 14 marzo 2023

Presidenza del presidente ZAFFINI

INDICE**Audizione di rappresentanti della Ragioneria generale dello Stato
- Ispettorato generale per la spesa sociale**

PRESIDENTE	Pag. 3, 8, 13 e <i>passim</i>	ADDUCE	Pag. 4, 13, 17 e <i>passim</i>
* CAMUSSO (PD-IDP)	11	FILIPPI	13, 15, 16 e <i>passim</i>
MAZZELLA (M5S)	10		
PIRRO (M5S)	12		
ZAMPA (PD-IDP)	11		
ZULLO (Fdl)	12		

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori

Sigle dei Gruppi parlamentari: Azione-Italia Viva-RenewEurope: Az-IV-RE; Civici d'Italia-Noi Moderati (UDC-Coraggio Italia-Noi con l'Italia-Italia al Centro)-MAIE; Cd'I-NM (UDC-CI-Nci-IaC)-MAIE; Forza Italia-Berlusconi Presidente-PPE: FI-BP-PPE; Fratelli d'Italia: FdI; Lega Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: LSP-PSd'Az; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico-Italia Democratica e Progressista: PD-IDP; Per le Autonomie (SVP-Patt, Campobase, Sud Chiama Nord): Aut (SVP-Patt, Cb, SCN); Misto: Misto; Misto-ALLEANZA VERDI E SINISTRA: Misto-AVS.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza della Ragioneria generale dello Stato, la dottoressa Angela Adduce, ispettore generale capo per la spesa sociale, e la dottoressa Barbara Filippi, dirigente ispettorato generale per la spesa sociale, accompagnate dall'ingegner Giambattista Martino, dirigente ispettorato generale per la spesa sociale.

I lavori hanno inizio alle ore 14,15.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento del Senato, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso, nonché la trasmissione televisiva sui canali *web* e satellitare del Senato della Repubblica, e che la Presidenza ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso. Poiché non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è adottata per il prosieguo dei lavori.

Avverto inoltre che, previa autorizzazione del Presidente del Senato, la pubblicità della seduta odierna è assicurata anche attraverso il resoconto stenografico.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di rappresentanti della Ragioneria dello Stato – Ispettorato generale per la spesa sociale

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche nel quadro della Missione 6 del PNRR.

È oggi prevista l'audizione di rappresentanti della Ragioneria generale dello Stato – Ispettorato generale per la spesa sociale, che ringrazio di essere intervenuti. Sono presenti la dottoressa Angela Adduce, ispettore generale capo per la spesa sociale, la dottoressa Barbara Filippi e l'ingegner Giambattista Martino, che saluto e ringrazio per la loro presenza.

Vorrei chiarire, molto brevemente, che l'aggancio della nostra indagine conoscitiva con la Missione 6 del PNRR è *mutatis mutandis*, nel senso che siamo partiti dal rilievo della Corte dei conti che ci racconta autorevolmente che nella gestione della spesa dell'ex articolo 20 da parte delle Regioni in circa trent'anni abbiamo speso probabilmente meno del 30 per cento delle risorse impegnate. È stato osservato, allora, che avendo nella Missione 6 del PNRR una determinata tempistica, se tanto ci dà tanto, siamo messi male. Questo è un po' il senso della nostra indagine.

Vorremmo quindi capire che cosa accade. L'argomento principale che ci impegna oggi è la gestione dell'articolo 20, comma 1, della legge 11 marzo 1988, n. 67, per programmi pluriennali di interventi in materia di ristrutturazione edilizia, ammodernamento tecnologico e patrimonio sanitario.

Senza ulteriore indugio, cedo quindi la parola alla dottoressa Adduce.

ADDUCE. Signor Presidente, ringrazio anzitutto la Commissione per averci offerto la possibilità di offrire un nostro contributo. Abbiamo ricevuto nella giornata di ieri alcuni quesiti che ci hanno un po' indirizzati sulle tematiche da trattare. Tratteremo, nell'ordine, l'articolo 20 e quindi il programma di investimenti dello Stato e il PNRR.

Qual è il coinvolgimento del Ministero dell'economia e delle finanze nella gestione dell'articolo 20? Si tratta sicuramente di un coinvolgimento in sede di predisposizione del bilancio di previsione annuale e pluriennale dello Stato. L'articolo 20, infatti, è un capitolo del bilancio dello Stato che viene gestito dal Ministero dell'economia e delle finanze, che quindi sovrintende allo stanziamento delle risorse e alla rimodulazione, anche su base pluriennale, delle risorse che sono state stanziare per renderle più aderenti alle previsioni di investimenti che si realizzeranno. Questo è il primo compito che vede il Ministero dell'economia e delle finanze essere presente nell'amministrazione dell'articolo 20.

Nel decidere gli investimenti da parte della Regione c'è poi una interlocuzione tecnica con il Ministero della salute per andare a decidere gli investimenti da compiere, che presentano dei passaggi per arrivare alla formalizzazione di un accordo di programma. Noi non partecipiamo a questa interlocuzione tecnica, perché ha risvolti tipicamente sanitari. C'è il nucleo di valutazione della spesa pubblica che valuta le proposte di accordo di programma che poi arrivano in Conferenza Stato-Regioni. Evidentemente anche in questo passaggio interveniamo come MEF a garanzia del buon esito della proposta d'investimento. Dobbiamo valutare, infatti, che ci sia la compatibilità sul bilancio dello Stato delle risorse che vengono richieste, anche e soprattutto con riferimento alle risorse che sono di competenza della Regione che sta chiedendo l'investimento. Una volta che l'accordo di programma riceve l'intesa in Conferenza Stato-Regioni, viene firmato. I firmatari sono il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e la Regione interessata. Una volta valutata la fase esecutiva e programmatoria, di fatto il Ministero della salute emana uno o più decreti di ammissione al finanziamento. Si può così andare a gara e, dopo le gare, realizzare l'investimento.

Noi interveniamo nuovamente in corso di realizzazione dell'investimento, perché siamo il Ministero che poi rimborsa le Regioni per gli stati di avanzamento dei lavori. Abbiamo una banca dati ricchissima di informazioni, perché naturalmente dobbiamo gestire centinaia di interventi e migliaia di informazioni; il pagamento relativo allo stato avanzamento la-

vorì avviene entro dieci giorni dalla ricezione della documentazione completa.

Dal lato del Ministero dell'economia e delle finanze, c'è quindi un presidio pressoché totale della gestione dell'articolo 20 molto efficiente e assolutamente performante nei tempi che dobbiamo rispettare. Siamo molto performanti, paghiamo anche in anticipo rispetto ai trenta giorni canonici. Questo è il nostro ruolo.

L'evoluzione dell'articolo 20 negli anni è molto datata; c'è una prima fase di circa 4,8 miliardi di euro di investimenti e poi fasi successive che ammontano, a legislazione vigente, a circa 29 miliardi di euro. Siamo un osservatore che vede come si evolvono le cose in tematica di articolo 20. Abbiamo riscontrato una diversa modalità di gestione degli investimenti da parte dei singoli servizi sanitari regionali; ci sono dei servizi sanitari ben organizzati e anche molto accentratori nella gestione degli investimenti. Si tratta di servizi sanitari che hanno competenza nella fase programmatoria, ma anche nella fase di esecuzione degli investimenti, riuscendo a essere molto vicini e molto aggiornati sull'andamento degli investimenti. Sono di solito i servizi sanitari più performanti nel tirare le somme dell'articolo 20 e che, anche per la dimensione, possono avere una dotazione sia tecnica (ingegneri, architetti, addetti a gare e a tutta quella che è la procedura che segue gli appalti) che di struttura amministrativa importante.

In altre realtà regionali, anche di più piccole dimensioni (perché anche la dimensione della Regione condiziona la disponibilità di tantissime professionalità in questo campo), hanno una gestione sicuramente più rallentata.

Se dovessimo dare un consiglio, metteremmo in evidenza la necessità di andare a dare delle linee guida per uniformare gli investimenti. Le regole con cui si devono muovere le aziende e i servizi sanitari devono essere tracciate e messe a fattor comune. La Regione verosimilmente deve svolgere un ruolo che non è soltanto di indirizzo e di unità programmatoria nell'ambito del servizio sanitario, ma anche di responsabilizzazione del proprio ruolo e di quello aziendale.

Si tratta sicuramente di tematiche da attenzionare nell'ambito degli investimenti sanitari.

Ci è stato poi chiesto un riferimento alla normativa che determina da parte del Ministero della salute le revoche di alcuni programmi che non sono andati avanti. La normativa probabilmente quando è entrata in vigore nel 2006 aveva una doppia finalità. La prima: invitare a non perdere tempo. La seconda: andare a recuperare le risorse che non erano state utilizzate. Da questo punto di vista, sulle revoche noi naturalmente dobbiamo rimetterci alle decisioni del Ministero della salute, che è competente nella definizione delle revoche. Metto in chiaro che revoca di un investimento per la Regione non significa assolutamente perdita di risorse; queste ultime rimangono infatti in capo alla Regione per essere riprogrammate. Sicuramente le revoche, a livello di servizi sanitari, sono abbastanza concentrate nel Centro-Sud. E questo ci fa capire che la ca-

pacità di programmazione di queste Regioni è purtroppo meno incisiva. La maggior parte delle revoche finora sono intervenute (parliamo a livello italiano di circa 1,5 miliardi di revoche) in queste Regioni.

Auspichiamo che gli accordi di programma contengano sempre più elementi tecnici per arrivare all'investimento che non ne pregiudichino la velocità di realizzazione. In alcuni casi, infatti, negli accordi di programma noi vediamo degli atti di programmazione molto alti, mentre gli accordi di programma dovrebbero essere molto più incisivi sull'operatività.

In alcuni casi, anche quando sono state definite delle decisioni da parte della Regione, vengono da essa stessa messe in discussione. Se gli accordi di programma fossero molto più definiti, probabilmente non si partirebbe sempre daccapo nell'andare a definire l'investimento. Rilevo inoltre che se l'accordo di programma prevede un ospedale tipo, forse la sua collocazione dovrebbe essere puntualmente definita.

Nell'ambito del monitoraggio degli accordi di programma, con riferimento alle richieste di aggiornamento delle tavole che sono sulla relazione della Corte dei conti, abbiamo avuto qualche difficoltà per ricostruire la logica delle ricostruzioni di quelle tavole perché erano elaborazioni della Corte dei conti su dati del Ministero della salute. Ci riserveremo comunque di mandarvi le tabelle aggiornate una volta che abbiamo riconciliato le informazioni.

Sicuramente rispetto alla tavola 23 del rapporto della Corte dei conti, possiamo dire che negli anni 2021 e 2022 si sono aggiunti dei nuovi accordi di programma, che cubano in tutto 1,3 miliardi di euro. Nel 2021 due accordi di programma della Sicilia e dell'Emilia-Romagna per rispettivi 236 milioni di euro alla Sicilia e 138 milioni all'Emilia-Romagna. Nel 2022 ce ne sono stati altri 4: il Piemonte con 189 milioni, il Veneto con 330 milioni, la Toscana con 218 e la Sicilia con 190 milioni. Stiamo andando a programmare ulteriori investimenti e speriamo di vedere realizzate queste opere in tempi veloci o comunque più veloci rispetto al passato.

Quello che noi sicuramente rileviamo sull'articolo 20 è la necessità di uniformare, di avere una regia più coordinata, di avere, anche alla luce di tutto un lavoro che è in corso presso il Comitato interministeriale per la politica economica estera in materia di investimenti, che ha visto tanti confronti con le Regioni. Ricordo che la nostra rappresentante in questo tavolo che è interistituzionale è la dottoressa Filippi. Da questo lavoro viene fuori che attenzionare adeguatamente anche gli organici tecnici e amministrativi delle strutture deputate agli investimenti sia a livello regionale che a livello aziendale o consorziate, regionali e aziendali, è sicuramente una carta vincente. Non sono cose che si possono cambiare nel breve periodo perché sono *expertise* che si costruiscono con il tempo. Molte volte abbiamo avuto l'impressione che non ci sia stato un adeguato passaggio di competenze tra chi usciva e chi entrava dall'attività e in alcuni casi non entrava nessuno, quindi non c'è stata proprio la possibilità del passaggio delle competenze.

Andiamo poi a vedere il PNRR e come secondo noi si differenzia o si accomuna all'articolo 20. Nel PNRR, con riferimento alla Missione 6, prima di essere formalizzato, quindi nel documento che da ultimo è stato approvato dalla Commissione europea al luglio del 2021, c'è stato da parte del Ministero della salute un lungo lavoro di interazione con le Regioni. Il Ministero della salute con le sue agenzie ha interloquuto con le Regioni sia sulle finalità di potenziamento dell'assistenza territoriale, quindi la Componente 1, sia sulla Componente 2, relativamente alla programmazione. Mi sento di dire allora che il PNRR del 14 luglio non è una novità, ma è la conferma di un percorso che ha costruito esigenze e fabbisogni. Il Ministero della salute ha lavorato cioè con tutte le Regioni per andare a definire e quantificare le case e gli ospedali di comunità, le centrali operative territoriali, i bacini d'utenza, cercando di comprendere dove collocare le *hub* e le *spoke*. Sulla Componente 2, dove ci sono investimenti relativi a digitalizzazione dei dipartimenti di emergenza e di ammissione di I e II livello e gli investimenti sulle grandi apparecchiature, i numeri che sono nel PNRR sono frutto dell'interlocuzione con le Regioni in relazione ai loro fabbisogni. Il Ministero della salute ha ascoltato le Regioni e poi ha convenuto sui fabbisogni nelle disponibilità del PNRR.

Anche altri interventi che sono nella Componente 2 (il potenziamento delle terapie intensive e di fatto l'attuazione dell'articolo 2 del decreto-legge n. 34) vedono una previsione legislativa, il PNRR che la fa propria e piani proposti delle Regioni. È un'interlocuzione che c'è quindi sempre stata. Lo stesso discorso vale anche per la messa in sicurezza delle strutture e per tutti gli interventi che sono nel PNRR come progetti in essere e che hanno come finalità la messa in sicurezza antisismica.

Il PNRR, a mio avviso, parte quindi da qualcosa che è già in qualche modo metabolizzato prima di esistere. Lo stesso decreto ministeriale n. 77 del 2022 ha ratificato dei bacini di utenza delle dotazioni che erano stati man mano creati e condivisi tra Stato e Regioni. Sicuramente parte con questa consapevolezza; ed essendo PNRR, vi è anche la consapevolezza che per il 2026 (anzi, per gli addetti ai lavori, il T2 2026 si riferisce a giugno 2026) le opere devono essere terminate. Tutti i provvedimenti che sono stati adottati, anche di riparto delle risorse, prevedono il conferimento di risorse, ma anche clausole di perdita di risorse nel caso di mancata attuazione. Rilevo cioè che mentre con l'articolo 20 le risorse ci sono sempre, possono essere riprogrammate e ridiscusse nelle finalità, nel PNRR invece le condizioni sono più forti, prevedendo perdita di risorse non solo per inadempienza della singola Regione e, quindi, colpa della singola Regione, ma anche del sistema nel caso di mancato raggiungimento di *milestone* e *target* europei. C'è quindi una forza importante. Naturalmente tutto ciò è stato sottoscritto e in qualche modo sacralizzato dal Ministero della salute che è il titolare degli interventi e dei soggetti attuatori, le Regioni, con i contratti istituzionali di sviluppo. Per ciascuna Regione, infatti, nell'ambito della Missione 6, nel programma operativo allegato ai contratti istituzionali di sviluppo, è stata prevista la

declinazione operativa di tutti gli interventi che avevano una regia regionale e le Regioni hanno firmato degli accordi che prevedono delle condizioni che, da una parte, sono un impegno da parte del Ministero della salute in quanto Governo e, dall'altra parte, la Regione in quanto Regione può accedere a queste risorse e fare questi investimenti.

C'è sicuramente qualcosa di più cogente. C'è anche, intervenuto come legge dello Stato nei contratti istituzionali di sviluppo e poi declinato operativamente, il potere sostitutivo statale, che speriamo che sia una minaccia per evitare di esercitarlo. Spero che il potere sostitutivo statale serva a fini educativi e non ad esercitarlo in quanto tale; spero che non ci si arrivi mai.

Sempre nell'ambito del PNRR e dei CIS, per quanto riguarda la Missione 6 sono state compiute anche delle scelte per arrivare all'obiettivo e velocizzare il risultato. Per esempio, per le apparecchiature e la digitalizzazione, è stata compiuta la scelta di andare in gare centralizzate Consip. Devo dire che si è trattato di una scelta lungimirante per vari motivi. Si trattava anzitutto di apparecchiature con degli *standard* da rispettare e l'acquisto centralizzato ne ha garantito il rispetto nei tempi, perché l'attuazione di questo acquisto non è affidata alla singola Regione, alla singola ASL e al singolo ufficio. Queste gare sono state aggiudicate e quindi il rispetto di questo obiettivo è già nei fatti garantito. Siamo perciò confidenti che sugli investimenti del PNRR c'è un interesse generale, un potere sostitutivo, una disponibilità di risorse e un contratto firmato tra Ministero della salute e Regioni che impegna tutti quanti. Ci sembra di essere un po' più tranquilli da questo punto di vista sui tempi, trattandosi del termine del 2026 per la fine di tutti gli interventi. Il termine relativo alle apparecchiature era il 2024; un primo *step* è stato quindi già onorato.

Vorrei altresì rilevare che nei contratti istituzionali di sviluppo sono di fatto i documenti operativi con cui le Regioni declinano le cose, oltre al potere sanzionatorio che nella legge è la perdita delle risorse o il potere commissariale, quindi il potere sostitutivo di uno Stato che interviene, c'è anche la possibilità di un supporto tecnico. Il Ministero della salute si può avvalere dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, della Cassa depositi e prestiti e di Invitalia come supporto tecnico nel caso in cui ravvisasse la necessità e le Regioni, che sono i soggetti attuatori, si possono avvalere del supporto tecnico-operativo di AGENAS ovvero di società a prevalente partecipazione pubblica. Quindi non c'è soltanto il non fai e quindi ti sanziono; prima c'è un meccanismo costruttivo di aiuto che mi sembra una cosa molto positiva e molto operativa, se il Ministero della salute o la Regione lo riterranno.

PRESIDENTE. Ringrazio la dottoressa Adduce per il suo intervento.

Prima di lasciare la parola ai colleghi per le domande, vorrei cogliere alcuni passaggi sui quali ho bisogno di qualche chiarimento.

Ci sono Regioni più performanti e altre meno; è qualcosa che abbiamo purtroppo sotto gli occhi per tante altre situazioni, non solo per

l'articolo 20. Nella fattispecie dell'articolo 20 qual è il suo suggerimento per colmare questo *gap* presente in alcune Regioni? Nelle ultime parole ci ha dato qualche suggerimento, però, di fatto, questi strumenti che sono in capo al Ministero e che sono stati in capo nei circa trenta anni di vita di questo articolo 20 non sono mai stati attivati o comunque se lo sono stati, grandi risultati non li hanno dati, posto che, come rilevato dalla Corte dei conti, complessivamente al 1° gennaio 2020 abbiamo impegnato circa 34 miliardi, e di questi 23-24 miliardi per la sottoscrizione dell'accordo di programma, ne sono stati sottoscritti 86, sono stati ammessi a finanziamento 11, ne sono stati spesi 6-7, non più, e ne restano 10,5 da utilizzare. Vorrei capire da lei come fare. Lei ha detto che addirittura si paga in anticipo, quindi non è al Ministero il cosiddetto collo di bottiglia. Mi pare chiaro che alcune Regioni non ce la fanno per motivi dimensionali. Ci sono però anche grandi Regioni che, soprattutto nel Centro-Sud, faticano a stare dietro a questo apparato, a questa costruzione degli elementi di spesa, che sembra suggerire qualche rettifica o manutenzione. Questa quindi è la prima domanda che le volevo rivolgere.

Credo che più o meno si possa parlare di riparto. Come avviene tale riparto? Ci sono solo gli accordi di programma o ci sono anche altre forme per impegnare le risorse? È il Ministero che fa la regia o il CI-PES? Chi fa la regia di queste cose?

Mi sembra di capire che poi lei diceva che sarebbe il caso di staffare meglio sia le Regioni che il Ministero. Dentro questo progetto di spesa, preso atto che non spende, non ci si potrebbe mettere anche il modo per le Regioni per individuare questo personale, formarlo e, quindi, staffare meglio?

In ultimo, vorrei condividere una nostra preoccupazione. È stato chiarito che sono state fatte le gare per i materiali, restando nei tempi previsti, il 2024. I materiali però sono disponibili sul mercato. Quindi quella era la cosa più facile da fare, perché bastava fare il capitolato. Forse siamo rimasti un po' sottodimensionati sulle esigenze, ma questo era frutto della trattativa con le Regioni. Per esempio, ci dicono che per quanto riguarda gli impianti di radioterapia ne sarebbero serviti il doppio, ma le Regioni non li hanno chiesti. C'è una situazione strana. Tutto il resto però forse è più difficile; al di là del tema del personale, che purtroppo resta fuori dal discorso del PNRR; tutto il resto forse si trova su percorsi un po' più complessi rispetto alla messa al bando di una radioterapia o di un'apparecchiatura di qualunque tipo. In quel caso è più facile. A suo avviso, dottoressa Adduce, esiste un parallelismo tra la spesa farraginoso e la capacità di tirare, come lei giustamente ha detto, sull'articolo 20? Ci dobbiamo aspettare qualcosa di analogo anche sul PNRR?

Alla fine lei ci ha detto che possiamo stare tranquilli, nel senso che c'è stato un impegno condiviso, abbiamo tutti letto che saremo bravi, però anche sull'articolo 20 c'era una sorta di impegno condiviso, abbiamo fatto accordi di programma o ancor di più. Mi sento di avere qualche preoccupazione e vorrei avere dei chiarimenti sul punto.

MAZZELLA (M5S). Signor Presidente, ringrazio chi ha presentato questa interessantissima disamina sul tema degli investimenti che sono stati realizzati, soprattutto per quanto riguarda le strutture che offrono i servizi sanitari a livello regionale.

Mi vorrei soffermare un attimo sulla sua osservazione; lei ha detto che le Regioni avrebbero necessità di dare un senso di maggiore responsabilità di fronte a questa spesa perché la responsabilità è delle Regioni. In particolare addirittura ha delineato un quadro macrogeografico, indicando nelle Regioni del Centro-Sud quelle che maggiormente non hanno raccolto la sfida di spendere i soldi previsti dall'articolo 20. La responsabilità ovviamente è in capo ai presidenti delle Regioni che detengono la possibilità di programmazione degli apparati, che hanno un orizzonte temporale di cinque anni, poi, cambiando i governi regionali, si fanno nuove programmazioni regionali con altri atti d'indirizzo e di programmazione. Lei chiedeva una maggiore uniformità per ottenere che l'accordo di programma venga rispettato. La mia domanda è come si può conciliare un accordo di programma dettagliato con una programmazione regionale che è in capo alle Regioni, al Presidente della Regione e al suo apparato regionale, quando poi alla fine è la programmazione regionale della rete ospedaliera che si va definire che poi cambia, saltando di fatto l'accordo che si era precedentemente realizzato. Questo è un dato.

Altra domanda: ho fatto una ricerca molto semplice circa il monitoraggio della spesa *ex* articolo 20. Ho trovato delle trattazioni di 250-300 pagine, tutte cose molto interessanti che sicuramente il cittadino medio, ma forse neanche noi che siamo qua, andrà mai a leggere. Non si può immaginare che gli organismi che voi avete rendano in modo più semplificato un'idea di quello che è l'accordo? Immagino un sito dedicato a questi accordi di programma che sono stati realizzati, con un indicatore di progressione, la data in cui è stato fatto lo stanziamento, Regione per Regione, clicco sulla Regione e vedo che nella mia Regione c'è un accordo di programma per una spesa programmata di 10 milioni di euro per un certo ospedale. A quel punto io so che la mia Regione ha indirizzato quelle risorse per quell'ospedale e posso effettuare un monitoraggio. Si tratterebbe quindi di un monitoraggio reale fatto dai cittadini. Assumo un ruolo di responsabilità nei confronti del governo regionale nel momento in cui io ne sono a conoscenza.

Dico questo perché sono venuto a conoscenza attraverso un'interrogazione, alla quale ha risposto il sottosegretario Gemmato, che un ospedale nel mio territorio ha attivato finalmente l'articolo 20 per l'erogazione di un finanziamento di 15 milioni di euro per un ospedale che era nato vent'anni fa con un atto di programmazione e che solamente adesso è diventato DEA di primo livello e in quanto tale si deve fare un programma strutturale di adeguamento e ristrutturazione. Eppure, a tutt'oggi, io non riesco a immaginare come io da cittadino, ma anche da parlamentare, possa fare realmente un monitoraggio su questi 15 milioni della Regione se non ho dal Ministero uno strumento, anche semplice, di interlocuzione per ottenerlo.

Vorrei sapere se questo si può realizzare e quali sono gli strumenti di cui voi avete bisogno; se avete bisogno di strumenti legislativi per poter indirizzare questa semplice osservazione che io ho fatto per poter costruire un percorso interessante in cui ci sia veramente una responsabilità tra il cittadino e il Presidente della propria Regione. Altrimenti non riusciremo mai a monitorare veramente la spesa.

ZAMPA (*PD-IDP*). Signor Presidente, il mio intervento non ha la pretesa di essere una domanda, ma piuttosto una curiosità. Le graduatorie dell'assegnazione delle risorse con le rispettive Regioni ed esiti sono reperibili con facilità? Non è una domanda diversa da quella che ha fatto il collega, ma sicuramente c'è una questione che attiene alla trasparenza e forse, in questo caso, è anche uno stimolo per i presidenti di Regione a portare poi in porto un progetto che resta lì sulla carta. Mi sembra che ciò sia stato altamente sottolineato.

Ci sono stati contenziosi, inoltre, che giustificano questo livello così basso di realizzazione, di utilizzo ed impiego, peraltro non esclusivamente inerente alla questione della sanità? Questi progetti di edificazione accompagnano un po' tutta la storia della cronaca del nostro Paese, con l'incapacità di impiegare davvero le risorse. È stato così persino con i finanziamenti del Covid nella sanità, ma è così su tantissimo altro, a cominciare dai finanziamenti europei. Questo esula dal vostro lavoro, è solo un'opinione che eventualmente potreste esprimere. Vi è certamente la necessità che si renda più facile, più consultabile e che gli esiti vengano consegnati una volta o due l'anno, anche mediaticamente. Altrimenti ho l'impressione che resti una cosa tra pochi che discutiamo nelle Commissioni parlamentari, mentre invece riguarda la vita di tutti. Gli ospedali fatiscenti o carenti di strutture impattano sulla vita dei cittadini.

CAMUSSO (*PD-IDP*). Signor Presidente, se non ho capito male, nel corso dello svolgimento dell'intervento degli auditi si è discusso sulla grande lentezza delle Regioni a determinare quelli che poi si trasformano in accordi di programma, quindi in investimenti. Queste dinamiche sono state contrapposte al lavoro preparatorio per arrivare al PNRR che invece ha determinato, quando si è tradotto materialmente, fabbisogni che si sono in qualche modo già identificati e in grado di procedere. In seguito si vedrà come si evolverà la questione.

Il riferimento che è stato fatto, al di là della responsabilità delle Regioni, ovviamente in capo agli elementi di programmazione, è stato quello relativo all'insufficienza di risorse umane, sia nelle amministrazioni che nelle aziende, che rende complessi questi processi. C'è un effetto o siete in grado di misurarlo? Avete visto un effetto delle risorse aggiuntive che sono state connesse al PNRR, anche se nei termini e tempi determinati, oppure la differenza è tutta nella costruzione precedente dei fabbisogni, ma potrà scontrarsi di nuovo con gli elementi di insufficienza del personale delle strutture amministrative?

PIRRO (*M5S*). Signor Presidente, mi pare di aver capito che una cospicua quota di finanziamenti disponibili per l'edilizia ospedaliera non viene utilizzata, sta lì e giace nelle mani delle Regioni. Mi sembra che la somma totale sia ripartita comunque a livello regionale, quindi in teoria (anzi in pratica, visto che annuite) ogni Regione sa qual è il gruzzolo a cui può attingere. Faccio l'esempio della mia Regione che, se non ricordo male, ha a disposizione circa un miliardo per l'edilizia ospedaliera, ma poi quando si parla di grandi interventi (Città della salute di Torino o di Novara o di Cuneo, l'ultima che è salita agli onori della cronaca), invece di tirare fuori i soldi che ci sono a disposizione, come ci state dicendo, si fanno bandi per progetti di *project financing* con l'intervento dei privati. Questi metodi di finanziamento moderni, per tutta l'esperienza che ho io, alla prova dei fatti finiscono con esborsi maggiorati da parte dell'ente che se ne serve e i benefici decantati in fase di bando di progettazione e di riprogrammazione per questo genere di interventi, poi svaniscono magicamente nel corso del tempo. Lo dico perché questo sistema è stato utilizzato anche nel mio Comune per la costruzione del nuovo municipio, decantato in un modo e finito in maniera decisamente diversa con molti meno vantaggi per i cittadini. Dalle notizie di cronaca che stanno emergendo e da alcune inchieste giornalistiche sempre sull'edilizia ospedaliera in Piemonte (che sia Città della salute di Torino, quella di Novara o quella di Cuneo) le criticità non sono poche. Mi domando quindi se le Regioni non sono abbastanza informate su come e in che termini possono utilizzare i fondi di cui stiamo parlando. Mi chiedo perché cercano altre strade quando ci sono questi fondi a disposizione, con la possibilità di edificare i nuovi ospedali e prendere i soldi lì senza andare a ricercare *partner* privati che ovviamente alla fine devono avere un loro tornaconto, per cui questo beneficio che avranno poi i privati va a pesare sempre sulle tasche dei cittadini.

ZULLO (*FdI*). Signor Presidente, ringraziando gli auditi per la loro esposizione, vorrei portare la mia esperienza vissuta sul mio territorio, che attiene a una discrepanza tra tempi e programmazione sanitaria. Voi sapete che una prima fase di quanto previsto all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 si è programmata e conclusa nel 1996; sui territori, mentre si realizzavano le opere, c'è stata una rivoluzione in termini di organizzazione della rete ospedaliera, per cui molte strutture sono state ridimensionate in strutture territoriali e degli investimenti sono andati perduti; vi è stata anche una discrepanza tra la realizzazione delle opere e il personale, per cui in alcuni territori abbiamo realizzato anche delle strutture che oggi sono inutilizzate per carenza e per assenza di personale. Il problema, a mio avviso, è quello di guardare a un investimento che sia praticabile non solo in tempi certi, ma anche in rapporto all'evoluzione e alla flessibilità organizzativa che il Servizio sanitario nazionale oggi richiede; una flessibilità organizzativa che è in rapporto all'evoluzione scientifica e tecnologica. Questo perché – faccio un esempio – se prima dell'introduzione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) servi-

vano posti letto perché il pagamento delle prestazioni ospedaliere era a giornata di degenza, oggi, essendo per prestazioni, ovviamente abbiamo bisogno di accelerare il *turnover* dei posti letto, di elevarne il tasso di occupazione, quindi abbiamo anche minore necessità di posti letto, se riusciamo a realizzare una rete di assistenza che sia pre-ricovero, con ricovero programmato, e post-ricovero nella dimissione protetta. Se noi continuiamo – e anche questo a mio avviso è il rischio del PNRR – a costruire, ma non facciamo in parallelo una programmazione del fabbisogno del personale con un discorso legato ai tempi e a questa evoluzione organizzativa, che, ripeto, deve basarsi su una forte flessibilità, rischiamo veramente di sprecare risorse, come in quello che io – posso testimoniare – ho visto nella mia Regione nella fase di programmazione nel 1996, nel 2010 e ancora oggi ci troviamo in queste condizioni. Questa è una realtà. Chiedo quindi come si può controllare questa realtà che, a mio avviso, non può andare avanti così.

PRESIDENTE. Vorrei concludere con una domanda che mi hanno fatto venire in mente la collega Pirro e anche il collega Zullo. Vorrei sapere se le risorse di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 possono ad esempio essere utilizzate per cofinanziare progetti in *project financing* per i disabili.

Cedo ora la parola agli auditi per le risposte.

ADDUCE. Signor Presidente, inizia a dare riscontro la dottoressa Filippi su alcune tematiche emerse durante il tavolo di lavoro presso il Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS), dove sono state sviscerate molte di queste tematiche.

FILIPPI. Signor Presidente, cercherò di dare una risposta che possa soddisfare più domande.

All'inizio è stato chiesto chi fa e chi decide i riparti, come vengono assegnate le risorse. Il finanziamento corrente del Servizio sanitario viene ripartito fra le Regioni sostanzialmente sulla base delle popolazioni residenti valutate in modo secco, cioè una testa è uguale a uno, ovvero pesate, per alcune aree prestazionali, per classi di età, per tenere conto dei profili di consumo che quella popolazione realizza in funzione appunto della sua struttura per età. Questo dà luogo all'individuazione, Regione per Regione, di quella che noi gergalmente chiamiamo quota di accesso al finanziamento sanitario corrente. Queste stesse quote di accesso, nei fatti, nel corso degli anni, sono state utilizzate per assegnare anche i finanziamenti degli investimenti. Pertanto i finanziamenti di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 hanno viaggiato in parallelo con quote di accesso che si sono modificate nel corso del tempo forse di qualche decimale, ma sostanzialmente questa è la procedura.

Il finanziamento è diventato di 34 miliardi progressivamente; la prima fase, che si è conclusa nel 1996, è stata gestita con investimenti

che avevano alle spalle finanziamenti con mutui che all'epoca il Ministero del tesoro rimborsava pluriennalmente. Quella fase vale 5 miliardi e, da quello che ho potuto vedere osservando i dati forniti dal Ministero della salute alla Corte dei conti, è ormai chiusa e non osservata. Quindi dei 34 miliardi noi oggi ne osserviamo 29. Tenete conto che di questi 29 miliardi, che sono quindi della fase seconda e successiva, 10 sono stati stanziati con le ultime quattro leggi di bilancio, nel senso che 4 miliardi sono stati stanziati dalla legge n. 145 del 2018, altri 2 miliardi dalla legge n. 160 del 2019, altri 2 miliardi dalla legge n. 178 del 2020 e gli ultimi 2 miliardi dalla legge n. 234 del 2021. Pertanto, dei 29 miliardi, che sono ciò di cui oggi ci occupiamo, 10 derivano da incrementi del finanziamento, quindi dello spazio programmatico, che è piuttosto recente.

È stato chiesto dove vediamo i riparti. I riparti sono quanto di più pubblico, perché i più datati discendono da delibere del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), mentre gli ultimi, su richiesta delle Regioni, sono entrati addirittura in legge di bilancio, quindi sono un allegato alla legge di bilancio, pertanto le Regioni conoscono molto bene il proprio spazio programmatico.

Ci tenevo a fare questa premessa per inquadrare innanzitutto i macrodati, poi veniamo alla gestione. Sicuramente il Servizio sanitario, dal punto di vista della responsabilità gestionale, è nelle mani delle Regioni e quindi dipende in tutte le sue manifestazioni, sia lo svolgimento della sanità corrente sia lo svolgimento degli investimenti, dalla strutturazione che le Regioni si danno. Come MEF abbiamo sicuramente intercettato un rallentamento delle capacità regionali, sia nella fase di programmazione dei nuovi investimenti sia nella fase esecutiva.

Quanto ai fattori di crisi emersi in questi anni, abbiamo sicuramente parlato di un deterioramento degli uffici tecnici legato anche ad un contenimento della spesa per il personale, ma non è l'unica causa. Purtroppo ci sono state emergenze di finanza pubblica che hanno imposto delle azioni correttive. Detto questo, non è l'unica causa, infatti ora il Ministero della salute è più attento a portare all'accordo di programma qualcosa che ha un grado di maturazione più avanzato; tuttavia in passato gli accordi di programma venivano sottoscritti in quanto c'era una programmazione di massima di quello che si intendeva realizzare, ma non erano individuate le localizzazioni e la Regione doveva andare presso i vari Comuni dove andare a localizzare e lì partiva un'interlocuzione con gli enti locali. Ovviamente esistono delle norme in materia edilizia, dei piani regolatori, quindi cominciava un'interlocuzione di questo tipo. Questo a valle dell'accordo di programma. Non avevamo progettazioni esecutive, e ciò significa che noi sottoscriviamo un accordo di programma, ma prima di arrivare a bandire una gara per realizzare un ospedale o una struttura passano diversi mesi dedicati a passare da un progetto preliminare a un progetto esecutivo che possa essere bandito. Il nostro suggerimento è che l'accordo di programma dovrebbe essere il punto terminale di due attività: la prima, che è fuori da questa fase, è la verifica dei fabbisogni, la valutazione delle corrette localizzazioni delle strutture, affinché vi sia un

equilibrio anche infrastrutturale a livello territoriale, ma questo bisogna farlo prima. Secondo la nostra opinione, l'accordo di programma dovrebbe intervenire nel momento in cui la Regione dispone di un progetto esecutivo e a distanza di poche settimane dalla sottoscrizione dell'accordo di programma può bandire la gara e appaltare l'opera.

I problemi di contenzioso sono stati forse la causa primaria di questi rallentamenti, perché i contenziosi partono dall'istante in cui la gara viene aggiudicata e c'è qualcuno che non l'ha vinta, e lì le Regioni si sono fermate. Abbiamo avuto problemi di contenzioso in tutte le fasi: da quella di aggiudicazione della gara fino a tutte quelle esecutive. In sede di esecuzione ci sono state Regioni che hanno visto fallire le imprese e le opere si sono fermate.

Vengo quindi alla domanda con cui è stato chiesto perché in questi anni non c'è stato – lo dico in un modo forse un po' più ampio – un intervento fortemente coercitivo diretto a stimolare molto le Regioni. È accaduto perché le cause di rallentamento sono le più disparate e non sempre e non solo dipendono dalle Regioni. Come ha detto la dottoressa Adduce, alcune hanno una fortissima regia degli investimenti, per cui la Regione coordina la fase di definizione dei fabbisogni e degli investimenti che si vogliono fare, dopodiché gli investimenti vengono graduati per priorità, perché non sono tutti ugualmente prioritari e non sono tutti ugualmente urgenti; a quel punto, sulla base delle risorse disponibili, comincia a programmare le fasi in cui gli investimenti si svolgeranno e lo fa anche a livello intertemporale, per cui alcuni vengono prima ed altri verranno dopo. Queste Regioni, tra l'altro, esercitano un forte controllo su ciò che avviene a livello aziendale e lo fanno attraverso delle linee guida, per cui ogni azienda dispone di un *vademecum* che la guida per richiedere gli investimenti e le richieste ovviamente verranno poi accentrate e valutate centralmente. Questo secondo noi è un modello organizzativo, programmatico e gestionale molto efficace: la Regione è la responsabile primaria degli investimenti, li coordina, li monitora, ma soprattutto è attrice in prima persona quando parliamo di grandi investimenti, perché la piccola azienda sanitaria potrebbe non avere la capacità tecnica, organizzativa e gestionale per gestire grandi opere, per cui è necessaria una fortissima regia regionale. Altre Regioni, al contrario, hanno semplicemente fatto una *summa* delle varie istanze aziendali e le hanno fatte proprie, ma poi non hanno avuto un'interlocuzione, ma soprattutto una presenza gestionale forte. Da un punto di vista organizzativo, noi ci stiamo muovendo anche nelle interlocuzioni con le Regioni perché, come diceva la mia collega, è stato attivato presso il CIPESS un tavolo interistituzionale, abbiamo audito tutte le Regioni e abbiamo cercato di capire quali fossero i punti di fragilità e i punti di forza.

PRESIDENTE. Mi scuso se interloquisco, ma lo faccio a fin di bene. Avete una documentazione sull'articolo 20, sull'edilizia?

FILIPPI. Ancora non abbiamo predisposto una relazione finale, ma innanzitutto abbiamo audito tutte le Regioni e l'idea è quella di comin-

ciare a mettere insieme alcune proposte di interventi, fermo restando che purtroppo su alcune tematiche è difficilissimo intervenire, perché quando un'opera si ferma per la presenza di contenziosi, è evidente che si entra nel codice degli appalti.

PRESIDENTE. I tempi di questa sintesi?

FILIPPI. Non li so indicare, ma sicuramente posso dire che abbiamo audito tutte le Regioni e continuiamo a farlo perché ci hanno fatto alcune proposte di semplificazione delle procedure.

PRESIDENTE. Mi perdoni, chi coordina questo tavolo?

FILIPPI. È proprio il CIPRESS.

PRESIDENTE. Può indicarmi un nome?

FILIPPI. Un interlocutore con il quale ci interfacciamo è il dottor Pasquini.

Parlando di continuità, i fabbisogni sono legati alle popolazioni residenti, quindi ovviamente non dovrebbero dipendere dai cicli elettorali, per cui una cosa è rivedere una programmazione, una cosa è rivedere un accordo di programma. Come dicevo, secondo noi l'accordo di programma dovrebbe essere il frutto di una valutazione seria, tecnica, scientifica e quindi sanitaria dei fabbisogni ed essere il punto di arrivo, non un punto di partenza per cominciare la gestione.

Come ho detto, i riparti sono noti. Avete parlato della possibilità di renderli pubblici. I siti dei Ministeri in generale pubblicano diversi atti, ma concordo con voi nel ritenere che non sia facile rintracciare queste informazioni; probabilmente il primario responsabile dell'attività programmatica è comunque il Ministero della salute, per cui io mi sentirei di dire, senza con questo voler ridurre il nostro ruolo, che prioritariamente dovremmo concordare con il Ministero della salute la possibilità di mettere *online* questi dati.

Quanto alle strutture inutilizzate, è vero che si sono succedute delle riforme sui posti letto, quindi sull'organizzazione della rete, però è anche vero che, proprio ora che prevediamo di intensificare l'offerta territoriale, ospedali di comunità e case della salute potranno entrare certamente tra quelle da riorganizzare per costruire queste nuove strutture di offerta.

In ultimo, sul *project financing* non mi sembra che ci siano impedimenti normativi, così come non ce ne sono per il partenariato pubblico-privato (PPP). Questo significa che la Regione valuta il *set* delle fonti di finanziamento di cui intende avvalersi. Come MEF, nelle sedi tecniche abbiamo sempre rappresentato che il finanziamento di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 è completamente gratuito per le Regioni ed è disponibile. Un passaggio importante è quello per cui le revoche che si

realizzano sono lo strumento che effettivamente è stato utilizzato per dire alla Regione che ha bloccato una parte dello stanziamento di bilancio (che è pluriennale) con un accordo di programma che non procede, che sblocciamo lo stanziamento e in questo senso revochiamo l'accordo di programma in una parte, ma il suo spazio programmatico, cioè gli incrementi di finanziamento che via via le sono stati assegnati, non viene compromesso. Questo consente un utilizzo più veloce degli stanziamenti che di anno in anno noi abbiamo sul bilancio dello Stato, senza però compromettere la capacità programmatica delle Regioni.

ADDUCE. Signor Presidente, un'ultima questione che ogni tanto aleggiava nelle domande che sono state poste riguardava il personale, soprattutto con riferimento al PNRR, quindi andremo avanti, faremo le strutture, ci doteremo di tutti gli obiettivi delle componenti 1 e 2 del PNRR e del personale. Vorrei ricordare che la legge di bilancio per l'anno 2022, quindi la legge n. 234 del 2021, ha previsto proprio un apposito finanziamento per il personale di accompagnamento all'attuazione del PNRR, in particolare all'attuazione della riforma del territorio; il comma 274 prevede delle risorse nell'ambito del finanziamento del servizio sanitario per spendere delle assunzioni di personale in deroga ai tetti di spesa; è un valore incrementale a regime, è uno stanziamento che a regime cuba circa un miliardo di euro. Stiamo parlando di personale dipendente e anche di ore aggiuntive per il personale convenzionato, quindi c'è stata sicuramente anche sensibilità alla tematica del personale.

PRESIDENTE. Vi ringrazio molto. L'indagine che stiamo facendo procederà con un breve ciclo di audizioni, dopodiché la nostra intenzione è quella di proporre un adeguamento normativo per aiutare questo meccanismo un po' farraginoso. A questo riguardo, se voleste inviare un documento o un contributo di sintesi su quello che ci siamo detti e anche in aggiunta a qualcosa che magari è mancato, noi saremo ben felici di accoglierlo e di farlo nostro, previo dibattito su un tema che credo trovi una sensibilità veramente condivisa.

FILIPPI. Signor Presidente, vorrei soltanto fare un ultimo appunto. Qualunque sia la scelta del procedimento che si utilizza, è importante che ci siano degli atti che legittimano la gestione di bilancio. Lo dico perché da parte di qualche Regione è stata avanzata l'idea di venire al MEF e sostanzialmente tirare risorse al di fuori di una programmazione, al di fuori di atti. Gli atti sono fondamentali perché chi ha la responsabilità di gestire le risorse di bilancio deve avere degli atti autorizzatori. Oggi la Regione ha un passaggio preliminare con il Ministero della salute per definire l'elenco degli interventi che entrano in un accordo di programma; dopodiché questa ipotesi riceve l'intesa in Conferenza e poi si sottoscrive l'accordo di programma. Probabilmente si possono snellire le parti preliminari, cioè l'interlocuzione tra il Ministero della salute e la Regione, lo rimettiamo alla valutazione della Regione, sempre che la Regione si pre-

senti al Ministero della salute con una documentazione tecnica sufficiente per redigere un accordo di programma che possa definirsi tale. Sicuramente ciò che è irrinunciabile è un atto formale, che legittimi poi l'utilizzo delle risorse.

ADDUCE. Signor Presidente, vorrei aggiungere un'ultima notazione. L'obiettivo del Servizio sanitario è erogare i livelli essenziali di assistenza e ne parliamo sempre con riferimento alla spesa corrente, ai finanziamenti correnti. Il finanziamento dell'edilizia sanitaria è un altro braccio strumentale per arrivare all'erogazione dei livelli di assistenza in tutto il Paese, quindi sicuramente quello che si potrà fare per migliorare il sistema è ben gradito e, con tutte le garanzie che la dottoressa Filippi ha appena detto, va anche nell'ottica di recuperare ritardi tra diverse parti del Paese, che sono abbastanza evidenti sia nel campo degli investimenti che in quello delle prestazioni correnti erogate dal servizio sanitario.

PRESIDENTE. Ringrazio ancora una volta le nostre audite per il loro contributo e dichiaro conclusa l'audizione.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,45.

