



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 7

N.B. I resoconti stenografici 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.

67^a seduta: giovedì 4 maggio 2023

Presidenza del presidente ZAFFINI

INDICE**Audizione di rappresentanti dell'Agenas**

PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 9 e <i>passim</i>	MANTOAN	Pag. 3, 10, 12 e <i>passim</i>
FURLAN (PD-IDP)	8		
MAGNI (Misto-AVS)	7, 12		
PIRRO (M5S)	8		
ZAMPA (PD-IDP)	5, 13		
* ZULLO (Fdi)	6		

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-ALLENZA VERDI E SINISTRA: Misto-AVS.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza dell'Agenas, il dottor Domenico Mantoan, direttore generale, accompagnato dall'ingegner Valeria Mantenuto, dirigente edilizia sanitaria.

I lavori hanno inizio alle ore 8,50.

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 dell'Agenas

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche nel quadro della Missione 6 del PNRR, sospesa nella seduta antimeridiana del 26 aprile.

È oggi prevista l'audizione di rappresentanti dell'Agenas.

Sono presenti il dottor Domenico Mantoan, direttore generale, accompagnato dall'ingegner Valeria Mantenuto, dirigente edilizia sanitaria.

Cedo la parola al dottor Mantoan.

MANTOAN. Signor Presidente, ringrazio la Commissione per l'invito. Ho preparato alcune *slide* per accompagnarvi nell'esposizione.

Dico in premessa che, per com'è strutturato il nostro sistema sanitario, il Fondo sanitario nazionale di circa 130 miliardi serve per ricoprire la spesa corrente. Gli investimenti del Servizio sanitario pubblico vengono finanziati con l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988: investimenti in edilizia che significano muri e attrezzature. Illustro qui i finanziamenti che sono stati erogati nel corso degli anni, pari a circa 34 miliardi. Come potete vedere, dal 2019 al 2022 si è trattato di somme importanti.

Per quanto riguarda le modalità di erogazione, l'articolo 5-*bis* del decreto legislativo n. 502 prevede che si facciano degli accordi di pro-

gramma, le cui modalità sono state stabilite dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2002 e nel 2008. Questo per dirvi che il sistema molto bizantino che oggi regola gli accordi Stato-Regioni ce lo siamo dato noi.

Procedo velocemente, ma nella relazione che vi ho consegnato ho descritto bene le procedure. È una procedura molto lenta e farraginoso; tra l'ideazione e la messa in atto possono passare anche dieci anni. La presenza di questo sistema molto lento e farraginoso è dovuta al fatto che molto spesso a livello regionale o aziendale mancano le professionalità. Non è facile cioè affrontare la realizzazione di un nuovo ospedale e spesso in un'azienda o in una USL non ci sono le competenze per potere affrontare queste situazioni. Molto spesso non ci sono neanche a livello regionale.

L'altro tema è il cambiamento della *leadership*. Ho appurato nella mia esperienza personale che, finché cambia il presidente di regione o l'assessore, può anche andar bene; diverso è se cambia il direttore generale di una USL o il primario. Il primario, ad esempio, non vuole più le sale operatorie fatte in una determinata maniera; quando si insedia il direttore generale di una USL, la prima cosa che dice è che quello di prima ha sbagliato tutto. Questa è storia di tutti i giorni. Ci sono poi i contenziosi con i fornitori, eccetera. Tutta una serie di situazioni micro e macro rendono necessario migliorare, rivedere e alleggerire questo sistema fondamentale di finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Nel documento avanzo alcune proposte: ritengo che, così come per il Fondo sanitario nazionale, anche queste somme dovrebbero essere ripartite alle regioni per quota di accesso. Ogni regione deve avere una quota parte di quel finanziamento, che deve essere certa.

Per quanto riguarda le modalità, potremmo ispirarci al modello PNRR. In sanità tale modello sta avendo successo dal punto di vista della procedura. Si è stabilito anzitutto l'obiettivo nazionale: ad esempio, lo Stato, con l'Europa, ha stabilito 1.350 Case della comunità; le regioni hanno deciso dove allocarle, facendole diventare *milestone* e *target* europei. Non si torna più indietro. Le regioni le hanno allocate e definite in accordo con il controllo centrale dello Stato. È così iniziato un *iter* di controllo da parte dello Stato e di attivazione da parte delle regioni con un percorso stringente determinato da *milestone* e *target*. A livello di rapporto Stato-Regioni, si è costituito il Contratto istituzionale di sviluppo (CIS), che stabilisce in maniera chiara chi fa cosa e prevedendo, nel caso in cui sorgano degli intoppi, il subentro dello Stato nella costruzione dell'opera.

Il mio suggerimento è proprio questo. Nel definire gli accordi di programma per andare a realizzare le opere, queste devono essere conformi a una programmazione nazionale: se un ospedale è un *hub*, finché vige il decreto ministeriale n. 70 del 2015, rientra all'interno della programmazione nazionale. Faccio l'esempio di un ospedale della mia regione che conosco bene; l'ospedale di Padova è un *hub* e ha 1.500 posti letto perché rientra all'interno della programmazione nazionale e regionale. Essendo un ospedale *hub* ha i reparti di cardiocirurgia, neurochi-

rurgia e tutta una serie di altre specialità. Definito che quello è un ospedale *hub*, inizia una procedura che nessuno deve più mettere in discussione, a meno che non cambi la programmazione regionale o nazionale. Chiunque sia il direttore generale, l'apicale di neurochirurgia o di cardiocirurgia, non può mettere il becco sulla programmazione e, una volta definito il percorso di ammodernamento, questo deve essere rispettato con un accordo tipo CIS, per cui si definisce chi fa cosa. Nell'interesse nazionale, se poi c'è qualche intoppo, che finora non si è mai verificato, c'è la possibilità di nominare un commissario *ad acta* per la realizzazione di quella struttura.

Questi sono i miei suggerimenti per modificare e accelerare questo tipo di procedura che oggi è molto molto farraginoso e lento, partendo dal presupposto che tutte le cose devono essere controllate *ex ante*. Se tu Stato dai dei soldi per gli investimenti, la destinazione d'uso è chiara: la regione non può usarli per fare strade, ma deve usarli per fare ospedali o comperare attrezzature. Stabilito che siamo all'interno di una programmazione regionale che rispetta la programmazione nazionale, non serve poi controllare.

Mi permetto di suggerire anche che, secondo me, la Commissione tecnica centrale dovrebbe favorire modalità di finanziamento innovative. Prendete ad esempio il partenariato pubblico-privato: il partenariato pubblico-privato, che per carità ha avuto anche degli esempi negativi in passato, oggi si è affinato e perfezionato ed è previsto dal codice degli appalti. Adesso è cambiato il codice degli appalti; lo prevede l'Europa ad esempio, che vedeva positivamente il partenariato pubblico-privato nell'attivazione del PNRR. Sono formule previste dalle norme che potrebbero accelerare molto l'attivazione e la realizzazione delle grandi opere.

Quindi, a livello centrale sarebbe anche importante – qui parlo di *best practice* e linee-guida – andare ad indicare quali sono le caratteristiche di partenariato pubblico-privato e definire a monte le linee di indirizzo per consentire alle regioni di attivare il partenariato pubblico-privato, che se fatto bene è una procedura molto veloce.

PRESIDENTE. Ringrazio il direttore Mantoan. Chiedo ai colleghi se intendano porre delle domande all'audit.

ZAMPA (PD-IDP). Signor Presidente, ringrazio il dottor Mantoan che ha sempre la capacità di essere molto chiaro e sono anche molto interessanti le cose che ha detto.

Avevamo già sentito in questa sede sottolineare da parte degli audit, alcuni dei quali sono scesi anche in dettagli più precisi, quali siano le enormi difficoltà nel passaggio dalla pianificazione alla realizzazione delle opere. Tra le altre cose, un punto che ci è stato segnalato e su cui stavamo anche provando a ragionare rispetto a possibili proposte come Commissione è il seguente: le opere, una volta pensate e progettate, impiegano tanto tempo nella loro realizzazione e comportano anche modifiche molto importanti nei preventivi, cioè nel piano di spesa, perché nel

frattempo cambiano i costi. Questo è uno dei punti su cui bisognerebbe provare a snellire o dare più elasticità alla procedura, che è molto farraginoso.

Dottor Mantoan, lei si è concentrato sulle opere del PNRR, se non ho capito male, ma ha fatto riferimento agli ostacoli e alle difficoltà per cui si va in Conferenza Stato-Regioni e per cui servono altre deliberazioni: questo è stato uno dei punti su cui più si è insistito.

Vi è un altro punto cui lei non ha accennato, ma sicuramente è in grado di dirci qualcosa di più: sempre nelle audizioni che abbiamo svolto qui è stato sottolineato il problema che nelle gare di appalto per le strumentazioni tecniche non si tiene conto dei contratti di manutenzione che alcune di queste macchine, sempre più sofisticate, obbligano a sottoscrivere, nel senso che ci sono manutenzioni costose di cui non si tiene conto. Per cui molti rinunciano a cambiare strumentazione, perché non c'è poi la pianificazione del costo successivo, che non è più in alcun modo coperto, almeno nell'investimento che arriva dallo Stato. Questo ce l'hanno detto i rappresentanti della Conferenza Stato-Regioni e non solo.

La terza domanda che le volevo rivolgere è se questi numeri che lei indica nella tabella in fondo al documento, risultanti dal monitoraggio Agenas sull'attuazione del decreto ministeriale n. 77 del 2022, in particolare sulle Case della comunità, siano aggiornati e si riferiscano alla situazione attuale. Come vanno lette queste tabelle? Le Case della comunità che indica a pagina 14 del documento sono quelle già attive, corrispondenti a come le immagina il decreto? Vi sono solo cinque regioni virtuose, di cui due virtuosissime che sono l'Emilia Romagna e il Piemonte, ma si comprende anche il motivo, dato che avevano già Case della salute e quindi ovviamente per loro è stato un po' più semplice. Questo però, a sua volta, ha molto inciso sui bilanci delle regioni, perché dove ci sono molte sedi, ci sono anche le spese per il riscaldamento e l'illuminazione, in particolare quest'anno, visti gli aumenti dei costi dell'energia che hanno gravato sul bilancio. Rispetto alle Case della Comunità non attive, vuol dire che si aggiungeranno alle altre? Il totale delle Case della comunità previste è quello indicato in fondo? Se è così, potrebbe darci un'indicazione su come vanno lette queste tabelle?

Infine, vorrei che fosse un po' più esplicito su un punto che mi ha molto interessato: il subentro in caso di intoppi è già previsto, quindi lei ha detto che non si può tornare indietro rispetto alle 1.350 Case della comunità; nel senso che si perderebbero i soldi, se non le si facessero o non si torna indietro perché comunque, in caso di intoppi, nelle Regioni c'è il subentro dello Stato?

Infine, ho trovato molto interessante il cenno che lei ha fatto al commissario *ad acta*, che lei dice potrebbe essere uno degli strumenti da mettere in campo, viste le difficoltà oggettive a cui la realizzazione del PNRR, Missione 6, sta andando incontro.

ZULLO (*Fdi*). Signor Presidente, ho apprezzato molto la relazione del dottor Mantoan che mette in evidenza il disallineamento tra program-

mazione e spesa per edilizia sanitaria. Questo a mio avviso è il nodo centrale, perché ho visto effettuare interventi di edilizia sanitaria, finanziati con le risorse di cui all'articolo 20, che ora sono opere dismesse, perché con la programmazione sanitaria nazionale e regionale quelle strutture o quelle attrezzature non sono più servite e sono state dismesse.

Apprezzo molto le soluzioni che lei suggerisce, nel senso che queste risorse devono essere devolute alle regioni, così come c'è la ripartizione del Fondo sanitario nazionale, e le regioni sono impegnate ad impiegarle dentro gli obiettivi di una programmazione sanitaria regionale coordinata con quella nazionale: questo è il tema. A mio avviso occorrerebbe capire i criteri di ripartizione di questa spesa, perché qui è il punto tra le regioni: ci sono cioè delle regioni che sono meglio strutturate e delle regioni che non sono strutturate al meglio. Mentre nella ripartizione del Fondo sanitario nazionale per la spesa corrente i criteri di ripartizione sono ben delineati, le chiedo quali criteri metterebbe a fondamento di questa ripartizione, perché secondo me è questa la soluzione.

Concordo con la soluzione, però dovremmo focalizzare l'attenzione sui criteri di ripartizione in base alle reali necessità legate alle differenze strutturali tra regioni.

MAGNI (*Misto-AVS*). Signor Presidente, ringrazio il dottor Mantoan per la sua relazione. Da neofita in materia, questa è ovviamente per me l'occasione per imparare una serie di cose. In particolare, dottor Mantoan, lei ha spiegato una cosa che ho già sentito in altre audizioni: giustamente lei ci ha fatto notare che questo modello farraginoso è stato costruito proprio da chi ora ne denuncia il malfunzionamento.

Vengo alla domanda: lei ha parlato, ad esempio, dell'importanza della programmazione di nuovi e grandi ospedali. C'è però un aspetto che è emerso in questa audizione e cioè che la stessa procedura farraginoso riguarda anche la questione della manutenzione e gli interventi per acquistare qualcosa, almeno così ci è stato spiegato: se un ospedale deve fare un intervento o deve correggere, ad esempio, la disposizione di alcuni reparti – che poi non si sa se la vuole il primario o il nuovo direttore, ma questo è un altro tema – si perdono quattro anni. Ci è stata spiegata nel dettaglio la procedura e la necessità è quella di avere una quota di risorse per poter intervenire più velocemente; così almeno ci è stato riferito dai rappresentanti delle regioni.

Un conto infatti è programmare una struttura nuova, altro conto invece è un intervento di ristrutturazione, per cui – come lei ci ha detto – si dovrebbe prevedere una procedura molto più snella.

Da un punto di vista più prettamente politico, lei in sostanza dice che, se c'è una programmazione nazionale, qualora c'è un intoppo, giustamente non si ferma tutto: se c'è qualcuno che non è capace o ha difficoltà, interviene un altro. D'altronde, sappiamo che alcune regioni sono state commissariate e altre lo sono ancora, proprio perché ci sono situazioni di questo tipo.

La domanda che pongo è come farà ad intervenire lo Stato il giorno in cui ci sarà l'autonomia differenziata. Questa è una bella discussione: ovviamente dovremmo capire come andrà, però c'è un dato su questo. Oneri e onori, come si usa dire, nel senso che lo Stato non interviene solo quando ci sono gli oneri.

Infine, il dato da rilevare è che tutto poi va a discapito dei livelli di prestazione: noi dobbiamo avere a cuore, innanzitutto, il fatto che non si sprechino i quattrini cui tutti noi contribuiamo; in secondo luogo, la prestazione deve essere efficiente ed efficace e deve ridurre le disuguaglianze che ci sono all'interno della società.

PIRRO (*M5S*). Signor Presidente, mi pare di capire che il dottor Mantoan abbia suggerito di ripartire i fondi alle regioni che poi li utilizzano per queste finalità. Fino ad oggi, però, in diverse audizioni abbiamo sentito che non tutte le regioni sono effettivamente in grado di affrontare la partita. Sappiamo benissimo che alcune sono mal strutturate da questo punto di vista.

Non vede il rischio che le regioni che hanno più difficoltà nella gestione sanitaria in generale – che sono quelle che, invece, hanno maggiormente bisogno di interventi e di rafforzare le strutture sanitarie – siano poi quelle che si ritrovano a non essere ulteriormente in grado di spendere i fondi? Non sarebbe meglio una cabina di regia centralizzata che aiuti le regioni a progettare, a risolvere le questioni burocratiche e a bandire le gare nella maniera più rapida ed efficace possibile?

Inoltre, se diamo i fondi alle regioni, riusciamo poi a porre dei vincoli precisi che impediscano di utilizzare le risorse per altre finalità? Con il Covid, infatti, abbiamo visto tutti che sono stati dati soldi che poi sono finiti su altre partite, su altri capitoli e con altre finalità rispetto a quelle per cui erano stati assegnati. Non credo che sia un mistero il fatto che le risorse per diminuire le liste d'attesa sono stati usati per altro, così come sono stati impiegati con altre finalità i soldi destinati alla stabilizzazione dei precari.

La mia preoccupazione, quindi, è che fine fanno i fondi, se li diamo alle regioni che hanno ampia discrezionalità e poca capacità in alcuni casi: che garanzie ci danno?

FURLAN (*PD-IDP*). Signor Presidente, riprendendo un po' il ragionamento della collega Pirro, faccio una domanda per capire bene le differenze che abbiamo sul territorio nazionale.

Mi chiedo, come Commissione, se siamo in grado di avere una mappatura chiara – mi rendo conto che è complicato – su quello che è ad oggi lo stato dell'arte, così da capire regione per regione qual è la reale situazione oggi rispetto a una programmazione importante, che ci auguriamo che ogni regione possa, non solo mettere in cantiere, ma anche ultimare. Sarebbe infatti davvero un delitto se non utilizzassimo le risorse del PNRR, guardando con molta attenzione soprattutto a quei territori nei quali il servizio non è adeguato ai bisogni dei cittadini e delle cittadine.

Siccome questa è l'occasione storica per avere risorse da utilizzare per uno scopo così importante, credo che sia fondamentale avere una mappatura chiara e riuscire a monitorare negli anni l'andamento delle cose, anche con capacità di intervento dello Stato: su questo sono d'accordissimo. In caso contrario, rischiamo davvero che i divari e i disservizi drammatici già oggi esistenti non trovino nel PNRR le risorse per poter essere colmati, per cui chi ha eccellenze continuerà ad averle e ad averne anche di più e chi è costretto ai viaggi della speranza per ragioni di salute continuerà a intraprenderli.

PRESIDENTE. Non essendoci altre richieste di intervento, lascio la parola al dottor Mantoan, non prima di avere espresso anch'io qualche perplessità.

Innanzitutto, credo che nell'intenzione di chi ha costruito questa intelaiatura « borbonica » ci fosse uno schema per cui, grossomodo, le regioni fanno la gestione e lo Stato fa gli investimenti: ciò che attiene al quotidiano e alla gestione viene finanziato dallo Stato e trasmesso alle regioni attraverso il Fondo sanitario nazionale, mentre quello che attiene all'edilizia sanitaria, ai grandi investimenti in termini di attrezzature e di *device*, nonché alle scelte sulle reti cliniche e sull'impostazione spetta allo Stato: non a caso i Piani sanitari regionali vengono sottoposti al Ministero per l'approvazione.

Tutto sommato, mi sento di condividere questa idea, perché non possiamo certamente costruire venti modelli sanitari diversi. Il modello sanitario è uno, uno è l'indirizzo e la gestione garantita dai sistemi regionali: su questo mi sento di concordare. Fatto salvo questo principio, il problema è capire come mantenerlo senza affardellare il percorso in modo da renderlo praticamente bloccato. Intendo dire che le risorse che sono state impegnate (34 miliardi) sono state spese per non più del 25 per cento in trent'anni; è acclarato che non va bene.

Non facciamo come al solito « o tutto o niente », come sempre succede nell'italica esperienza dell'attuazione di normative che hanno qualche anno di troppo e vanno manutenzionate. Oggi dobbiamo fare manutenzione a questa impostazione, a mio avviso salvando il principio. È ovvio che per la costruzione di un ospedale con DEA (Dipartimento d'emergenza e accettazione) di II livello il Ministero deve dire la sua; la rete degli ospedali di comunità o delle Case della comunità è tutto un altro discorso, ma sulle grandi attrezzature, per esempio, ci sono regioni che comprano un robot ogni 30.000, 40.000 o 50.000 abitanti – penso al sistema robotico da Vinci, per esempio – con 5-6 miliardi d'investimento, semplicemente perché trovano chi glielo paga. Bisogna intervenire anche rispetto all'appropriatezza di questo tipo di impostazione.

Le faccio una domanda provocatoria, come mi piace fare talvolta: se lei fosse un bel dittatore che da oggi decide cosa fare, come risolverebbe il problema delle risorse bloccate che non si spendono e stanno lì? L'idea ce l'ha data in quell'ultima *slide*. C'è l'intenzione di arrivare a una modifica normativa da proporre come Commissione, mi auguro all'unani-

mità. Il problema, infatti, è più organizzativo che politico. Che cosa farebbe Domenico Mantoan, che nella sua carriera ha visto tutto, da direttore regionale a direttore Agenas? Qual è la modifica normativa che porrebbe?

MANTOAN. Sono d'accordo con il Presidente rispetto al fatto che va assolutamente salvato il principio. Il Fondo sanitario nazionale serve a finanziare le spese correnti e il risultato di queste spese viene monitorato attraverso i LEA che una regione riesce o meno ad erogare; l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 nasce prima.

Fino a una certa epoca della nostra Repubblica – tornando alla domanda che mi ha fatto sul robot da Vinci, per esempio – c'era una commissione nazionale per le grandi attrezzature. Tenete presente che oggi i macchinari per le TAC sono come un ecografo, ma all'inizio erano grandi attrezzature innovative e per comprare un macchinario per TAC o una Risonanza 1,5 tesla una regione doveva passare per la commissione del Ministero che decideva dove potesse stare quel macchinario in relazione agli ospedali di rilievo nazionale. Oggi quella definizione è sparita; se andate a vedere la vecchia classificazione, c'erano ospedali nazionali, regionali e zionali. Il decreto ministeriale n. 70 del 2015 cerca di ricostituire quella classificazione degli ospedali e parla di DEA di I o di II livello, ospedali *hub* e *spoke*, demandando sicuramente l'identificazione degli ospedali alle regioni, ma con un controllo nazionale della programmazione. L'articolo 20 serviva a questo e c'era un controllo centrale allora molto più importante.

Con la riforma del Titolo V della Costituzione il controllo centrale si è in parte ammorbidito e siamo arrivati ad accordi di programma, stabiliti nel 2002 e nel 2008, che sono una pratica decisamente farraginosa. Il principio è che ci deve essere una programmazione nazionale. Oggi tutta l'industria mondiale si butta sulla sanità, perché non c'è Paese di un certo livello dove manchino i soldi per la sanità, per cui si investe nella digitalizzazione dei *device*, sulle attrezzature, sui farmaci; l'innovazione dell'industria è sulla sanità e va governata.

In merito al robot da Vinci, per esempio, senza ritornare alla commissione nazionale per le grandi attrezzature, dovremmo recuperare un livello di *Health technology assessment* (HTA) che stabilisca che il sistema da Vinci si introduce in determinati ospedali in base al numero di abitanti. Parimenti, le Risonanze magnetiche 3 Tesla andranno magari negli ospedali universitari: questo dovremmo dirlo. Oggi non lo diciamo, per cui ogni regione può fare ciò che vuole. Quindi, magari, tornare in un certo senso al passato con la definizione di « appropriatezza » nell'allocatione delle grandi attrezzature forse sarebbe opportuno.

Sulla procedura, ovvero come fare in modo che i 34 miliardi vengano spesi, vi suggerisco di leggervi lo schema del CIS (Contratto istituzionale di sviluppo). Nel Contratto istituzionale di sviluppo fatto per il PNRR c'è scritto che le regioni che hanno le centrali di acquisto possono utilizzarle; le regioni in difficoltà possono avvalersi degli enti centrali

dello Stato, quali Invitalia, o, per la valutazione di un partenariato pubblico-privato, il DIPE (Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica). A livello centrale ci sono le strutture: utilizziamole.

Nel fare le gare delle Case della comunità e degli ospedali di comunità, diciotto regioni hanno usato Invitalia. A un certo punto determinate gare sono importanti e devi avere anche le professionalità, che devono conoscere bene il codice degli appalti. Per fare una gara pubblica oggi non ti puoi inventare il mestiere, perché se improvvisi sbagli e poi fioccano i ricorsi al TAR, al Consiglio di Stato e si blocca la procedura. Anche lì ci vuole professionalità; alla regione in difficoltà dovremmo dare la possibilità di avvalersi di determinati soggetti e il CIS lo ha fatto.

È prevista poi una cabina di regia centrale – parlo del CIS – nella quale i ruoli vanno ben distinti. Ci devono essere gli enti centrali dello Stato, non possiamo mischiare Stato, regioni, eccetera. I ruoli vanno divisi. I CIS sono stati firmati da tutti i Presidenti di regione ed è stato definito che, in caso di inerzia acclarata, c'è il subentro, nel caso specifico del Ministero. In che modo? Si nomina un commissario *ad acta*. Ogni tanto qualche TAR d'Italia mi nomina commissario *ad acta*. In presenza di una regione inadempiente, il TAR nomina un commissario *ad acta* con il compito di risolvere il problema. Ciò non significa sostituire la regione o metterla in discussione, ma vuol dire andare in quel posto e risolvere il problema.

I 34 miliardi non sono stati spesi. Non faccio nomi e cognomi che tanto conoscete anche voi; ci sono delle regioni italiane che hanno delle situazioni ospedaliere tali che è poi ovvio che la gente scappa, prende il treno e va a curarsi da un'altra parte. Così come c'è l'obbligo di andare a verificare come si spendono i soldi del Fondo sanitario nazionale, abbiamo l'obbligo di verificare che questi soldi siano spesi per l'ammodernamento tecnologico. Quando gli ospedali sono ammodernati dal punto di vista edilizio e adeguati dal punto di vista tecnologico, allora si può sperare che un medico vada a investire la sua professionalità in quella regione e in quell'ospedale e che il cittadino non prenda il treno per curarsi in un'altra regione. Se tali differenze invece permangono, prendiamo atto che un miliardo e mezzo di Fondo sanitario nazionale dal Sud va al Nord e lasciamo che le cose vadano così.

Per quanto riguarda il riparto, io lo disporrei per quote di accesso come si fa per il Fondo sanitario nazionale. Ogni regione sa che ha a disposizione una determinata cifra e un organismo centrale verifica che tale cifra venga spesa nell'ambito di una programmazione regionale che rispetti quella nazionale. Io faccio parte del nucleo tecnico, *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988, e so che ci sono ospedali che da vent'anni continuano ad andare e venire; cambia regione, cambia il direttore generale, l'ospedale viene cambiato e così via. Ad un certo punto bisogna anche dire basta e prendere in mano la situazione. Ci sono delle situazioni veramente eclatanti.

Per quanto riguarda il partenariato pubblico-privato, esso è molto particolare e specifico e presenta sicuramente dei rischi, perché se gestito male dà i soldi al privato. Ci sono però anche strutture centrali (pensiamo ad esempio all'ANAC) che aiutano nella valutazione di un piano finanziario.

Vi potrei raccontare molteplici episodi di cattivo funzionamento dell'attuale modello, ma non sono venuto qui per questo. Non sono inoltre d'accordo con chi è venuto qui a dirvi che il problema è la manutenzione. Tu compri una macchina, compri una risonanza, usi soldi dello Stato che sono a fondo perduto, perché non tiri fuori niente. Vuoi comprarla velocemente? Vai in Consip. Consip fa le gare e tu prendi la risonanza senza nemmeno preoccuparti di fare la gara. È come comperarsi una macchina; tu sai che ogni 3.000 chilometri devi fare il tagliando. Non si può dire: non compro la macchina per non spendere i soldi del tagliando; la macchina si compra utilizzando i soldi previsti dall'articolo 20. I contratti dicono che il 10 per cento del valore della macchina serve per pagare la manutenzione, che paghi con la spesa corrente.

PRESIDENTE. Credo però che il senatore Magni facesse riferimento più alla manutenzione infrastrutturale che non a quella relativa alle apparecchiature.

MAGNI (*Misto-AVS*). Parlavo dell'una e dell'altra.

MANTOAN. Signor Presidente, i soldi previsti dall'articolo 20 sono a fondo perduto per pagare l'investimento, non la manutenzione. Se, ad esempio, si costruisce un ospedale nuovo, ogni due anni bisogna ridare il colore alle scale perché di lì passano molte persone. Un conto è l'investimento, altro conto è la manutenzione; anche nelle nostre case la manutenzione straordinaria differisce da quella ordinaria. La manutenzione ordinaria la paga chi ci abita, la straordinaria la paga il proprietario. Qui funziona allo stesso modo.

Sicuramente è uno strumento straordinario che, a mio parere, va mantenuto e presidiato. Le procedure previste dall'accordo Stato-Regioni sono bizantine. C'è tutto un controllo *ex ante*, come se non ci fosse la fiducia; devo controllare tutto, qualsiasi cosa cambi. Sull'articolo 20 finora non c'è stato il rischio di una spesa fuori controllo, essendovi il progetto e accordi di programma ben precisi. Il MEF paga a fronte del fatto che arrivano le fatture riferite a quel progetto. Diciamo quindi che ad oggi il rischio che i fondi previsti dall'articolo 20 vengano spesi per altre cose non c'è. Basta rispettare la destinazione prevista dall'articolo 20.

Ciò che a mio parere va cambiato è la procedura con cui i finanziamenti vengono erogati e saldati. Inoltre si deve garantire la velocità. Se decido di ristrutturare un ospedale, devo utilizzare il modello PNRR: *milestone*, *target* e tempi certi. Se non rispetti *milestone* e *target*, intervengono i commissari. È quello che stiamo facendo adesso con il PNRR;

al di là del fatto che possano piacere o meno gli ospedali di comunità, il modello PNRR che abbiamo contrattato con l'Europa è questo. Ci sono poi queste pericolosissime *milestone* europee che se non si rispettano, perdiamo i soldi, con tutto ciò che ne consegue.

È quindi necessario, a mio avviso, stabilire un percorso veloce, aiutare le regioni che non sono in grado, attraverso l'utilizzo degli enti centrali dello Stato, utilizzando procedure innovative e soprattutto tempi certi e la possibilità del subentro, che vuol dire da parte delle regioni attivarsi nel momento in cui c'è la possibilità del subentro.

ZAMPA (*PD-IDP*). Non ha risposto sulla questione delle tabelle. Nella tabella di pagina 14, relativa alle Case della comunità e alla differenza tra quelle attive e non attive, il totale delle case che vanno realizzate è 1.525, giusto?

MANTOAN. Sì.

ZAMPA (*PD-IDP*). Ecco, ma 1.308 non sono attive.

MANTOAN. Questo è il primo monitoraggio del 31 dicembre. L'8 maggio comincia un monitoraggio ulteriore che si concluderà il 24.

PRESIDENTE. Perché poi c'è la data del 30 giugno.

MANTOAN. Esatto. Al 30 giugno, se volete, vi daremo l'informativa sulla procedura. Quindi ci sono case già attive, case che stanno per attivarsi e case che devono essere ristrutturate.

ZAMPA (*PD-IDP*). Quelle non attive significa che sono state realizzate, ma non sono ancora state aperte: è così?

MANTOAN. Giusto.

ZAMPA (*PD-IDP*). Siamo dunque a 1.308 su 1.525.

PRESIDENTE. Credo che siano quelle che le regioni hanno programmato, ma non ancora realizzato.

ZAMPA (*PD-IDP*). Voglio capire, signor Presidente. Per quanto la data sia quella del 31 dicembre e quindi siamo confortati, se al 31 dicembre ne sono realizzate 122 su 1.525, la vedo piuttosto male.

MANTOAN. Le Case della comunità previste con il PNRR sono 1.350; alcune regioni ne hanno costruite di più, quindi ne realizzeremo più di 1.350.

Stiamo verificando il monitoraggio: alcune sono da realizzare *ex novo*, per cui si procede più lentamente; in molti casi si tratta di ristrutturare edifici esistenti (gli ospedali di territorio). Pertanto, alcune sono già attive, per cui si va sul posto e si vede l'organizzazione; altre stanno per essere ristrutturate; altre sono ultimate e devono essere attivate. Ricordo che l'impegno con l'Europa per giugno 2026 è di 1.350: poi se ne facciamo 2.000 a loro non interessa. Verranno a contare le 1.350 che abbiamo indicato.

PRESIDENTE. Se sono 1.349 bloccano tutto.

MANTOAN. Esatto. Non vogliono vedere solo i muri, ma le vogliono vedere vive.

PRESIDENTE. Dottor Mantoan, potremmo concludere con una rassicurazione e non è poco.

Avevamo la preoccupazione latente che quanto stava accadendo o era accaduto nei trent'anni di applicazione dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 si potesse riverberare in qualche misura nell'attuazione della Missione 6 del PNRR. Mi pare di poter dire, da quello che abbiamo ascoltato, soprattutto da lei, che questo rischio non c'è, nel senso che addirittura lei propone di usare a modello lo schema del PNRR per poter investire invece il denaro non utilizzato *ex* articolo 20. Pertanto, mi sembra che un pericolo di parallelismo con la procedura borbonica non ci sia e quindi già un minimo abbiamo assolto: perlomeno io temevo questo pericolo.

Quindi, dottor Mantoan, se entro qualche mese, comunque prima della pausa estiva, riuscissimo a concludere questa indagine con una modifica normativa, la terremo informata, perché la vorremmo fare in parallelo con Agenas.

Ringrazio il direttore Mantoan per il contributo offerto ai nostri lavori e dichiaro conclusa l'audizione in titolo.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,50.

