



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 5

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

61^a seduta: giovedì 20 aprile 2023

Presidenza del presidente ZAFFINI

INDICE

Audizione di rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome

| | | | |
|------------------|-----------|---------------|--------|
| PRESIDENTE | Pag. 3, 9 | BEZZINI | Pag. 4 |
|------------------|-----------|---------------|--------|

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 della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, Massimiliano Maselli, assessore ai servizi sociali, disabilità, terzo settore, servizi alla persona della Regione Lazio, e Simone Bezzini, assessore al diritto alla salute e sanità della Regione Toscana, accompagnati da Massimiliano Maisano, dirigente responsabile del Servizio 3 del Dipartimento per la pianificazione strategica della Regione Siciliana, Silvia Velo, dirigente Regione Toscana, Alessandro Palmacci, dirigente politiche della salute, e Danilo Capitano, funzionario.

I lavori hanno inizio alle ore 9,35.

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 Conferenza delle Regioni e delle Province autonome

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 del 4 aprile.

È oggi prevista l'audizione di rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Sono presenti il dottor Massimiliano Maselli, assessore ai servizi sociali, disabilità, terzo settore, servizi alla persona della Regione Lazio, il dottor Simone Bezzini, assessore al diritto alla salute e sanità della Regione Toscana, il dottor Massimiliano Maisano, dirigente responsabile del Servizio 3 del Dipartimento per la pianificazione strategica della Regione Siciliana, la dottoressa Silvia Velo, dirigente della Regione Toscana, il dottor Alessandro Palmacci, dirigente politiche della salute, e il dottor Danilo Capitano, funzionario.

Do la parola al dottor Bezzini.

BEZZINI. Signor Presidente, buongiorno a lei e a tutte le senatrici e i senatori.

Vi ringrazio per questa opportunità perché credo che con questa indagine conoscitiva si tocchi uno degli argomenti più importanti che hanno a che fare con le politiche sanitarie del nostro Paese e delle singole Regioni.

Sicuramente la prima grande questione è l'organizzazione dei servizi, cioè la tutela e la promozione della salute dei cittadini attraverso l'organizzazione dei servizi, con tutto ciò che ne deriva; tuttavia, anche la dotazione strutturale e tecnologica che siamo in grado di mettere a disposizione del sistema sanitario e dei professionisti rappresenta una componente fondamentale per conseguire gli obiettivi che sono scolpiti nella nostra Carta costituzionale, nella legislazione vigente e negli atti di programmazione che i diversi enti hanno assunto ai vari livelli.

La Commissione salute della Conferenza Stato-Regioni ha deciso di affidarmi la delega al termine di un lavoro di approfondimento tecnico abbastanza rilevante che si è sviluppato per mesi; faccio altresì presente che esiste anche un tavolo interistituzionale tra Governo e Regioni che da diverso tempo sta lavorando su queste materie.

Il mio intervento prende avvio dal principale strumento di finanziamento degli investimenti in sanità, il cosiddetto articolo 20, cioè l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988. Ve ne sono anche altri, ma questo è, ormai da decenni, lo strumento principe attraverso il quale lo Stato italiano finanzia le Regioni per la realizzazione degli investimenti strutturali e tecnologici.

Nel documento che consegno agli atti troverete diverse segnalazioni molto importanti, anche tecniche e di dettaglio. Proverò però a soffermarmi sugli aspetti di ordine generale per consentire ai componenti di questa Commissione di farsi un'idea delle difficoltà che si incontrano nel nostro Paese nel portare avanti gli investimenti pubblici in campo sanitario.

Sicuramente ci sono problemi che attengono anche al lavoro delle singole Regioni, degli uffici tecnici regionali e delle aziende sanitarie che devono relazionarsi con tutti gli attori istituzionali (chi ha un po' di esperienza amministrativa nel campo delle opere pubbliche sa a cosa mi riferisco); purtroppo, credo che sia ormai necessario provare a innovare e a riformare, anche radicalmente, le modalità di funzionamento dell'articolo 20, non tanto perché sia sbagliato lo spirito che ha animato fin dall'origine la necessità di un'intensa attività di verifica, controllo e sorveglianza da parte del Ministero sulle Regioni in relazione agli investimenti, quanto per il fatto che sono cambiate le esigenze in materia di investimenti in campo sanitario.

Qual era l'elemento che anni fa, all'origine di queste normative, richiedeva un controllo forte da parte del Ministero e delle autorità centrali rispetto alle scelte di investimento? Era il fatto che, in quell'epoca storica, una parte rilevante degli investimenti veniva dedicata a grandi interventi, alla realizzazione di nuove strutture e di nuovi ospedali e si poneva

pertanto il problema di verificare la coerenza di questa tipologia di investimenti di particolare rilievo (per ragioni che comprendete come me e meglio di me) con le strategie e la programmazione a ogni livello. Cosa è cambiato? Con le dovute differenze tra Regione e Regione, per molte amministrazioni regionali l'articolo 20 non è più uno strumento di finanziamento di grandi investimenti ma lo è solo in parte: ora sta diventando sempre più uno strumento che serve a realizzare investimenti di importo non rilevantissimo, legati non tanto a nuove edificazioni sanitarie e a nuovi ospedali, ma a ristrutturazioni, riqualificazioni, adeguamenti alle normative, messa in sicurezza sulla base delle normative sismiche o antincendio, acquisizione per sostituzione di attrezzature; si tratta cioè di investimenti che non hanno più a che fare con innovazioni profonde della struttura ma con la riqualificazione della struttura e dell'apparato tecnologico.

Fatto questo ragionamento, vorrei provare a descrivere qual è oggi l'iter che accompagna l'accesso ai finanziamenti ex articolo 20. Una volta deliberato nella legge di stabilità l'ammontare del rifinanziamento del cosiddetto articolo 20, il primo passaggio è la delibera CIPESS di riparto del finanziamento statale a valere sui fondi dell'articolo 20. In un secondo passaggio la Regione approva, con delibera della Giunta, l'elenco degli interventi programmati da proporre all'accordo di programma, con gli importi, e così via. Successivamente, con un terzo passaggio, la delibera regionale viene inviata al Ministero della salute, corredata da una vasta gamma di documentazione, modulistica e attestazioni di varia natura, che tra l'altro – lo sottolineo – mettono in difficoltà le strutture delle Regioni perché richiedono dotazioni di personale e di professionalità particolarmente significative.

Quindi, ricapitolando, dopo la delibera CIPESS si approva l'elenco, si appronta tutta la documentazione e la si invia al Ministero della salute. A questo punto il Ministero della salute avvia un'istruttoria tecnica attraverso un nucleo di valutazione tecnica che approfondisce questa complessa documentazione. Spesso tale nucleo attiva un'interlocuzione con le diverse Regioni proponenti per acquisire integrazioni di documenti, informazioni, chiarimenti, e così via. Una volta che il nucleo di valutazione ha completato i vari passaggi con esito positivo, il Ministero della salute trasmette la documentazione al Ministero dell'economia e delle finanze per acquisire l'intesa con quest'ultimo. Acquisita tale intesa, la documentazione viene inviata alla Conferenza Stato-Regioni, anch'essa con le sue articolazioni, perché si prevede un primo passaggio in Commissione salute e un secondo passaggio in Conferenza. Se tutto questo percorso si conclude con esito positivo, si procede alla sottoscrizione del protocollo di intesa tra il Ministro della salute e il Presidente della Regione che anticipa la sottoscrizione del vero e proprio accordo di programma il quale « contrattualizza » la relazione tra il Ministero e la singola Regione.

Una volta espletati tutti questi passaggi, i mesi trascorsi sono già molti senza che – attenzione – si abbia ancora un progetto, una gara

d'appalto, o procedure simili. Posso dire, per esperienza diretta, che i mesi ammontano a un paio di anni, ma forse, avendo io vissuto gli anni della pandemia, posso pensare che probabilmente in altre fasi storiche l'interazione sarà stata più rapida e produttiva.

Ma arriviamo dunque finalmente all'accordo di programma. Sono già passati tanti mesi ed entro ulteriori trenta mesi successivi deve pervenire al Ministero l'istanza di ammissione al finanziamento che presuppone poi tutta una serie di passaggi per ciascun singolo intervento (che vi risparmio). Ancora, l'istanza di ammissione viene sottoposta a un'istruttoria del Ministero, che richiede ulteriori novanta giorni. Mi fermo qua, e ho anche saltato alcuni passaggi.

Non voglio fare demagogia sui temi della semplificazione. Evidentemente in origine dietro a tutte queste procedure c'era una *ratio*: la realizzazione di nuovi ospedali non poteva essere una cosa fatta a cuor leggero. Non sto quindi a discutere norme che hanno attraversato Governi, Parlamenti e svariate maggioranze politiche che si sono susseguite. Vorrei tuttavia evidenziare un aspetto: questa normativa non è adeguata per assecondare il tipo di interventi a cui prima facevo riferimento. Faccio un esempio un po' banale, consentitemelo: se il tetto di un edificio dell'ospedale ha un'infiltrazione e necessita di un intervento edilizio, non è possibile, seguendo quanto disposto dall'articolo 20, aspettare quattro, cinque o sei anni per effettuarlo. Dal momento poi che le condizioni di finanza sanitaria sono particolarmente stringenti, è anche difficile per le aziende sanitarie attivare mutui o altri filoni di finanziamento, perché – come è noto – abbiamo un sottofinanziamento. In questo momento storico, i margini per reperire le risorse da altre fonti, all'interno del sistema oppure con contributi di altra tipologia o dalle stesse Regioni, sono particolarmente stretti. Il rischio che ci sia una sorta di paralisi o di andamento iperlento degli investimenti è particolarmente rilevante.

Aggiungo un elemento che riguarda la fase che stiamo attraversando. Se questa procedura ha un carattere di complessità e di pesantezza in una fase ordinaria, immaginate la situazione in una fase come quella che stiamo attraversando da due o tre anni a questa parte, in cui le variazioni di contesto e le variazioni dei costi dei materiali da costruzione sono assai repentine. Peraltro, tenete presente che molto spesso la trafila burocratica non si conclude al punto che vi ho illustrato poco fa, perché con un *iter* che dura tre, quattro o cinque anni mutano i prezzi, mutano le esigenze o magari mutano le norme, cosa che costringe anche a rivedere il progetto, e per tutti questi motivi le Regioni sono spesso costrette a presentare istanza di rimodulazione; così il percorso che vi ho illustrato deve ricominciare, sicuramente non proprio da zero ma di certo continua a vedere un moltiplicarsi di nuovi passaggi assolutamente ridondanti e ulteriori perdite di tempo.

Cosa propongono dunque le Regioni? Nel documento troverete tutta una serie di semplificazioni puntuali e di dettaglio relative alla documentazione che ora vi risparmio: sono elementi di carattere assolutamente tecnico. In sintesi, però, le Regioni propongono due innovazioni rilevanti:

da una parte una semplificazione del percorso per evitare le attuali ridondanze (protocollo e poi accordo, tanto per dare il senso della semplificazione) e per accorciare i tempi; dall'altra, una soluzione che, per l'esperienza che ho vissuto direttamente in questi anni, forse risponderebbe in maniera più forte all'esigenza di procedere con una innovazione strutturale e tecnologica del sistema sanitario al fine di dare risposte rapide ai cittadini (così come, immagino, di utilizzare in tempi rapidi le risorse che lo Stato alloca come investimenti). Si tratterebbe, cioè, di escludere da questo *iter* procedurale gli interventi il cui importo si colloca al di sotto di una certa soglia; praticamente si assegnano le risorse alle Regioni ma poi, se l'intervento riguarda la sistemazione di un tetto per una infiltrazione o la sostituzione di un macchinario non riparabile, si può agire senza dover seguire una trafila burocratica che comporta tempi di attesa di due o tre anni e che rischia di aggravare il problema, anche con un aumento dei costi, attivando peraltro un circuito dal quale non si esce più per le ragioni che vi ho illustrato prima.

La soglia che abbiamo immaginato e che è riportata nel documento è, se non ricordo male, di 10 milioni; per interventi il cui importo si colloca al di sotto di questo ammontare le Regioni possono fare investimenti usando questi finanziamenti e compilando poi una rendicontazione successiva degli interventi effettuati. In questo modo si velocizzerebbero le procedure, si userebbero le risorse in tempi rapidi e si farebbe del bene all'organizzazione sanitaria del nostro Paese.

Questo, a mio avviso, è uno degli elementi fondamentali, anche perché i bisogni sono mutati: ripeto, non si realizzano più nuove strutture ma c'è bisogno di riqualificare, ristrutturare, mettere a norma, mettere in sicurezza e cambiare i macchinari.

Il PNRR è la seconda questione, come indica anche il titolo dell'indagine conoscitiva che fa riferimento alla « Missione 6 del PNRR ». Su questo aspetto sarò molto veloce. Premesso il valore importantissimo della missione 6 del PNRR e stante che ciò che con tale missione viene finanziato in termini di infrastrutture e tecnologie è assolutamente fondamentale per costruire nuovi modelli di assistenza territoriale, credo che si debba perseguire con grande forza e determinazione l'obiettivo di arrivare al risultato che la missione 6 stessa si prefigge. Sottolineo inoltre che, pur non conoscendo nel dettaglio ciò che accade nelle singole realtà territoriali, le Regioni hanno dedicato un impegno straordinario per rispettare tutte le tempistiche che i cronoprogrammi definiti nelle relazioni tra Governo e Unione europea ci hanno assegnato. È quindi importante sottolineare il valore fondamentale e positivo della missione 6 e la necessità di arrivare al compimento del percorso iniziato, che tra l'altro non solo ha visto il coinvolgimento delle Regioni e delle aziende sanitarie, ma in molte realtà ha visto processi concertativi che hanno coinvolto sindaci, attori sociali e professionisti, per cui ora esiste già un parco progetti che bisogna portare a compimento.

Quali sono però le difficoltà che incontriamo nell'arrivare al risultato? Fondamentalmente, a parte alcune circolari in contraddizione tra

loro, si tratta di difficoltà legate ad alcuni aspetti di dettaglio tecnico che riguardano sia la parte strutturale, sia la parte delle tecnologie digitali, aspetti che andrebbero in qualche modo affinati, chiariti, semplificati. Dati i tempi stretti dell'audizione, non sto qui ad illustrarvi, ma li troverete tutti nel documento.

C'è poi un elemento rilevante che dobbiamo considerare e che, per esperienza diretta, credo sia quantitativamente aggredibile e affrontabile con lo spirito di procedere per poter conseguire i risultati, anche perché abbiamo già predisposto un parco progetti e abbiamo impegnato risorse professionali e finanziarie per poterli realizzare in questi mesi rispettando i tempi. L'elemento più importante è il delta che si è determinato tra il momento iniziale in cui abbiamo dato inizio agli *iter* (un paio di anni fa) e la fase attuale. Come ricordavo prima, se prendiamo come riferimento l'articolo 20 sopra citato, gli ultimi due anni non sono stati di ordinaria amministrazione: consideriamo solo la guerra scoppiata un anno fa e la conseguente inflazione dovuta alla crisi energetica e alle difficoltà di approvvigionamento delle materie prime; pensiamo anche agli effetti sul mercato dell'edilizia del bonus del 110 per cento, cioè a tutta una serie di elementi che hanno fatto lievitare i costi e hanno modificato il settore delle opere pubbliche nel nostro Paese.

Il problema ora è che abbiamo un parco progetti ma siamo anche di fronte a un delta tra il finanziamento riconosciuto nell'*iter* e nei contratti istituzionali sottoscritti tra Regioni e Governo in questi anni e la copertura effettiva dei costi, che sono più o meno lievitati in base ai fattori a cui prima facevo riferimento.

Anche in questo caso, illustro le nostre proposte più rilevanti. Il decreto-legge n. 50 del 2022 ha introdotto il Fondo per l'avvio delle opere indifferibili che credo le Regioni abbiano utilizzato in maniera massiccia. Purtroppo questo fondo, che è stato anche rinnovato, non riesce a soddisfare tutte le esigenze: ha coperto, infatti, le richieste legate allo stato di avanzamento progettuale ma poi l'avanzamento c'è stato per tanti altri progetti che inizialmente non erano compresi nelle prime richieste. Bisognerebbe pertanto aumentare la capienza di questo fondo al fine di accogliere anche le nuove richieste e allineare il tutto.

Il secondo aspetto, che può sembrare tecnico, riguarda non tanto la capienza complessiva del Fondo per l'avvio delle opere indifferibili, quanto piuttosto la copertura delle spese attraverso lo stesso fondo che non copre fin dall'origine le variazioni sulle spese di progettazione, sui collaudi, sulla direzione lavori e sull'IVA. Chi ha un po' di esperienza di amministrazione di opere pubbliche sa che se lievita il costo dell'opera pubblica lievita anche il costo del collaudo, della progettazione, della conduzione lavori e dell'IVA (che è una percentuale che si applica sul valore complessivo).

Credo in sintesi che questi due elementi siano fondamentali: aumentare la capienza del Fondo per l'avvio delle opere indifferibili e aprirlo ulteriormente per consentire l'accesso a tutto il parco progetti che le Regioni hanno presentato entro il 31 marzo, estendendo la copertura finan-

ziaria a queste voci che, come sapete, per quanto possano essere di entità poco consistente, non possono comunque permettere che si arrivi all'affidamento dei lavori con il 96 per cento della copertura, perché sono voci che richiedono una copertura del 100 per cento (sia con le modalità tradizionali che con le altre modalità previste dal PNRR). Anche questi elementi sono importanti, sebbene possano sembrare un dettaglio.

PRESIDENTE. Ringrazio l'assessore Bezzini per l'importante contributo e tutti i nostri ospiti per la loro presenza.

Dichiaro conclusa l'audizione.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 10.

