



CORTE DEI CONTI

**SEZIONE CENTRALE DI CONTROLLO
SULLA GESTIONE DELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO**

**L'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA STRAORDINARIO
PER LA RISTRUTTURAZIONE EDILIZIA
E L'AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO
DEL PATRIMONIO SANITARIO**

Deliberazione 9 marzo 2018, n. 4/2018/G



CORTE DEI CONTI

**SEZIONE CENTRALE DI CONTROLLO
SULLA GESTIONE DELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO**

**L'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA STRAORDINARIO
PER LA RISTRUTTURAZIONE EDILIZIA
E L'AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO
DEL PATRIMONIO SANITARIO**

**Relatore
Cons. Mauro Oliviero**

Hanno collaborato

per l'istruttoria e l'elaborazione dei dati: dr. Marco Dante e sig.ra Giuseppina Coccia.

SOMMARIO

	Pag.
Deliberazione	7
* * *	
Relazione	13
Sintesi	15
CAPITOLO I - Gli interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di	
ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico	21
1. Premessa	21
2. Oggetto dell'indagine	24
3. Gli obiettivi dell'art. 20 l. 11 marzo 1988, n. 67	24
4. Gli accordi di programma	26
5. La distribuzione dei finanziamenti	28
5.1. Le risorse europee: stanziamenti e residui	28
5.2. Le risorse del bilancio dello Stato	29
6. L'evoluzione delle procedure e degli sviluppi	36
7. Le criticità oggettive	41
8. Le disomogeneità nella distribuzione delle grandi tecnologie nelle strutture pubbliche	43
CAPITOLO II - L'attività di programmazione e monitoraggio	
1. L'attività di programmazione:	51
a) il Documento pluriennale di pianificazione (Dpp)	51
b) la Mexa (la metodologia <i>ex ante</i>)	52
c) il ruolo del Nucleo di valutazione	55
d) la valutazione dei progetti regionali	62
e) esiti di un'indagine a campione	63
2. L'attività di monitoraggio sull'andamento degli investimenti	67
3. I processi di revoca	70
4. Fabbisogno finanziario	72
CAPITOLO III - La situazione della Regione Calabria	
1. Premessa	75
2. Il nuovo ospedale di Vibo Valentia	78
2.1. Lo stato di attuazione	78
2.2. La compagine privata	82
2.3. Le spese sostenute	82
2.4. Cronoprogramma aggiornato della progettazione e dei lavori	83
2.5. Le criticità	83
3. Il nuovo ospedale della Sibaritide	85
3.1. Lo stato di attuazione	85

3.2. La compagine privata	87
3.3. Le spese sostenute	87
3.4. Cronoprogramma aggiornato della progettazione e dei lavori	88
3.5. Le criticità	88
4. Il nuovo ospedale della Piana di Gioia Tauro	89
4.1. Lo stato di attuazione	89
4.2. Le spese sostenute	91
4.3. Cronoprogramma aggiornato della progettazione e dei lavori	92
4.4. Rispetto del cronoprogramma contrattuale e le criticità	92
5. Il nuovo ospedale di Catanzaro	93
5.1. Le ipotesi di localizzazione	95
5.2. La convenzione tra la Regione Calabria e l'azienda ospedaliera	96
5.3. Le spese sostenute	97
5.4. Cronoprogramma aggiornato	97
 CAPITOLO IV - Gli altri interventi	 105
1. Gli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg)	105
2. La libera professione	107
3. La radioterapia	110
 CAPITOLO V - Il Partenariato pubblico-privato e il <i>project financing</i> in sanità	 113
1. Introduzione	113
2. La <i>partnership</i> pubblico-privato (Ppp)	114
3. Creazione di un <i>advisor</i> specializzato in Ppp	121
 CAPITOLO VI - Considerazioni finali e raccomandazioni	 123

* * *

INDICE DELLE TABELLE

Tabella n. 1 - Distribuzione accordi di programma: riepilogo regioni	30
Tabella n. 2 - Distribuzione accordi di programma: Nord Italia	31
Tabella n. 3 - Distribuzione accordi di programma: Centro Italia	31
Tabella n. 4 - Distribuzione accordi di programma: Sud Italia	32
Tabella n. 5 - Riepilogo distribuzione accordi tra le regioni	32
Tabella n. 6 - Quadro regionale delle risorse destinate ad accordi di programma	34
Tabella n. 7 - Regioni: capacità di sottoscrizione degli accordi	35
Tabella n. 8 - Stato di avanzamento degli interventi oggetto di accordi di programma ...	39
Tabella n. 9 - Grandi attrezzature: distribuzione regionale	45
Tabella n. 10 - Distribuzione delle grandi apparecchiature sul territorio nazionale	46
rispetto al numero dei residenti per singole regioni	
Tabella n. 11 - La nuova Mexa	55
Tabella n. 12 - Dati della Direzione generale della programmazione sanitaria-Ufficio VII	
Assegnazioni	59
Tabella n. 13 - Dati della Direzione generale della programmazione sanitaria-Ufficio VII	
Assegnato per linea	60

Tabella n. 14 - Dati della Direzione generale della programmazione sanitaria-Ufficio VII	
Utilizzato per linea	61
Tabella n. 15 - Campione aziende sanitarie locali	65
Tabella n. 16 - Costi di riferimento per nuove/ampliamento costruzioni	
e per ristrutturazioni	73
Tabella n. 17 - Fabbisogno finanziario nazionale di interventi di edilizia sanitaria	73
Tabella n. 18 - Fabbisogno finanziario nazionale per interventi di edilizia sanitaria nelle	
sole zone sismiche I-II	74
Tabella n. 19 - Fabbisogno finanziario nazionale per la prevenzione antincendio	74
Tabella n. 20 - Spese della gestione commissariale	84
Tabella n. 21 - Spese della gestione commissariale	89
Tabella n. 22 - Spese della gestione commissariale	93
Tabella n. 23 - Ripartizione posti letto	94
Tabella n. 24 - Spese della gestione commissariale	98
Tabella n. 25 - Quadro complessivo delle disponibilità finanziarie	99
Tabella n. 26 - Risorse disponibili: dettaglio	100
Tabella n. 27 - Quadro delle risorse pubbliche e private	101
Tabella n. 28 - Quadro finanziario: gestione commissariale	102
Tabella n. 29 - Quadro finanziario: gestione	103
Tabella n. 30 - Programma per la realizzazione di strutture <i>extra</i> ospedaliera per il	
superamento degli Opg	106
Tabella n. 31 - Ripartizione per criteri degli Opg	107
Tabella n. 32 - Libera professione intramuraria: attuazione	109
Tabella n. 33 - Programma radioterapia: attuazione	111

INDICE DEI GRAFICI

Grafico n. 1 - Stato di avanzamento per 211 interventi oggetto di accordi di	
programma	39
Grafico n. 2 - Distribuzione delle grandi apparecchiature sul territorio nazionale e medie	
rispetto al numero dei residenti per singole regioni	47
Grafico n. 3 - Distribuzione investimenti per regioni (importi)	117
Grafico n. 4 - Distribuzione investimenti per regioni (percentuale)	117

* * *

ALLEGATI

Tabella n. 34 - Accordi di programma sottoscritti	131
Tabella n. 35 - Adp Regione Lombardia	132
Tabella n. 36 - Adp Regione Valle d'Aosta	137
Tabella n. 37 - Adp Regione Veneto	138
Tabella n. 38 - Adp Regione Liguria	142
Tabella n. 39 - Adp Regione Emilia-Romagna	143
Tabella n. 40 - Adp Regione Toscana	151
Tabella n. 41 - Adp Regione Lazio	155
Tabella n. 42 - Adp Regione Umbria	158

Tabella n. 43 - Adp Regione Marche	163
Tabella n. 44 - Adp Regione Basilicata	164
Tabella n. 45 - Adp Regione Friuli-V. Giulia	171
Tabella n. 46 - Adp Regione Abruzzo	172
Tabella n. 47 - Adp Regione Campania	172
Tabella n. 48 - Adp Regione Molise	173
Tabella n. 49 - Adp del 10 novembre 2016 - Regione Veneto	174
Tabella n. 50 - Adp del 2 novembre 2016 - Regione Emilia-Romagna	175
Tabella n. 51 - Adp del 2 novembre 2016 - Regione Toscana	177

* * *

APPENDICE	179
-----------------	-----

DELIBERAZIONE



Deliberazione n. 4/2018/G

REPUBBLICA ITALIANA

la Corte dei conti

Sezione centrale di controllo
sulla gestione delle amministrazioni dello Stato

Adunanza del II Collegio del 12 dicembre 2017
e Camera di consiglio del 6 febbraio 2018

* * *

Visto l'art. 100, comma 2, Cost.;

vista la l. 14 gennaio 1994, n. 20 e, in particolare, l'art. 3, c. 4, ai sensi del quale la Corte dei conti svolge il controllo sulla gestione delle amministrazioni pubbliche, verificando la corrispondenza dei risultati dell'attività amministrativa agli obiettivi stabiliti dalla legge e valutando comparativamente costi, modi e tempi dello svolgimento dell'azione amministrativa;

vista la deliberazione della Sezione in data 4 febbraio 2016, n. 1/2016/G, con la quale è stato approvato il programma di controllo sulla gestione per l'esercizio 2016;

vista la relazione, presentata dal cons. Mauro Oliviero, che illustra gli esiti dell'indagine condotta in merito a "L'attuazione del Programma straordinario per la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario";

vista l'ordinanza n. 31 in data 30 novembre 2017, con la quale il presidente della Sezione ha convocato il II Collegio per l'adunanza del 12 dicembre 2017, al fine della pronuncia sulla gestione in argomento;

vista la nota n. 4159 del 30 novembre 2017, con la quale il Servizio di segreteria per le adunanze ha trasmesso la relazione ai seguenti uffici:

- Ministero della salute-Gabinetto del Ministro;
- Ministero della salute-Direzione generale della programmazione sanitaria;
- Ministero della salute-Organismo indipendente di valutazione della *performance*;
- Ufficio centrale del bilancio presso il Ministero della salute;
- Regione Veneto-Direzione edilizia ospedaliera e a finalità collettive;
- Regione Emilia-Romagna-Direzione generale sanità e politiche sociali;
- Regione Calabria-Dipartimento infrastrutture lavori pubblici - mobilità - Settore n. 7 - "Opere pubbliche e titolarità regionale";

- Agenas-Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;
- Prof.ssa Veronica Vecchi-Sda Professor di Public Management and Policy della Sda Bocconi School of Management – consulente esterna – Università Bocconi;
- Ministero dell'economia e delle finanze-Gabinetto del Ministro;
- Ministero dell'economia e delle finanze-Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato;

udito il relatore, cons. Mauro Oliviero;

uditi, in rappresentanza delle amministrazioni convocate:

- per il Ministero della salute-Direzione generale della programmazione sanitaria, il dott.

Andrea Urbani-direttore generale e il dott. Marco Spizzichino-dirigente;

- per l'Ufficio centrale del bilancio presso il Ministero della salute, il dott. Enrico Parisi-

dirigente;

- per la Regione Emilia-Romagna, l'ing. Fabio Rombini-dirigente;

- per il Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato-Ispettorato generale spesa

sociale, la dott.ssa Luciana Patrizi-ispettore generale e la dott.ssa Barbara Filippi-dirigente;

non intervenuti:

- i rappresentanti del Ministero della salute: Gabinetto del Ministro-Organismo di

valutazione della *performance*;

- il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze: Gabinetto del Ministro;

- il rappresentante della Regione Veneto;

- il rappresentante della Regione Calabria;

- il rappresentante dell'Agenas-Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;

- la prof.ssa Veronica Vecchi, consulente esterna Università "Bocconi" di Milano,

DELIBERA

di approvare, con le modifiche apportate dal Collegio in camera di consiglio, la relazione concernente "L'attuazione del Programma straordinario per la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario".

La presente deliberazione e l'unita relazione saranno inviate, a cura della Segreteria della Sezione, alla Presidenza del Senato della Repubblica e alla Presidenza della Camera dei deputati, nonché alle seguenti amministrazioni:

- Presidenza del Consiglio dei ministri-Segretariato generale;
- Ministero dell'economia e delle finanze-Gabinetto del Ministro;
- Ministero dell'economia e delle finanze-Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato;
- Ministero della salute-Gabinetto del Ministro;

- Ministero della salute-Direzione generale della programmazione sanitaria;
- Ministero della salute-Organismo indipendente di valutazione della *performance*;
- Ufficio centrale del bilancio presso il Ministero della salute;
- Regione Veneto-Direzione edilizia ospedaliera e a finalità collettive;
- Regione Emilia-Romagna-Direzione generale sanità e politiche sociali;
- Regione Calabria-Dipartimento infrastrutture e lavori pubblici - mobilità;
- Agenas-Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Le amministrazioni interessate:

adotteranno, entro trenta giorni dalla ricezione della presente relazione, l'eventuale provvedimento motivato previsto dall'art. 3, c. 64, l. 24 dicembre 2007, n. 244, ove ritengano di non ottemperare ai rilievi formulati;

comunicheranno alla Corte e al Parlamento, entro sei mesi dalla data di ricevimento della presente relazione, le misure consequenziali adottate ai sensi dell'art. 3, c. 6, l. 14 gennaio 1994, n. 20, come modificato dall'art. 1, c. 172, l. 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006).

La presente deliberazione è soggetta a obbligo di pubblicazione, ai sensi dell'art. 31 d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 (concernente il “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”).

La presente relazione sarà inviata, altresì, alle Sezioni riunite in sede di controllo.

Il consigliere relatore

f.to Oliviero

Il presidente

f.to D'Auria

Depositata in segreteria il 9 marzo 2018

La dirigente

f.to Troccoli

RELAZIONE

SINTESI

1. L'obiettivo fondamentale perseguito dall'art. 20 della l. 11 marzo 1988, n. 67¹, che ha autorizzato l'esecuzione del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico nonché di realizzazione delle residenze per anziani e soggetti non autosufficienti, è stato quello di riequilibrare la distribuzione sul territorio delle strutture ospedaliere, al fine di garantire un'omogenea capacità di posti letto tra Nord e Sud del Paese, unitamente alla messa in sicurezza e all'ammodernamento tecnologico degli edifici e degli impianti sanitari.

Il Piano, la cui prima fase si è conclusa nel 1996, è oggi al suo secondo stadio (c.d. "fase negoziata" da realizzare tramite accordi di programma da sottoscrivere tra il Ministero della salute e le singole regioni destinatarie dei finanziamenti). Esso è stato, nella sua attuazione, già oggetto d'indagine della Corte dei conti conclusasi con la deliberazione n. 10/2011/G del 3 maggio 2011.

Per raggiungere tale scopo, con vari provvedimenti normativi, in seguito indicati (cap. I par. 1), sono stati stanziati complessivamente 24 miliardi, di cui residua, ancora da ripartire, la somma di 820 milioni.

L'art. 5-*bis* del d.l. 29 dicembre 2016, n. 243, convertito con modificazioni dalla l. 27 febbraio 2017, n. 18², ha previsto un ulteriore stanziamento di 100 milioni, che saranno destinati a progetti da concretizzare da parte delle regioni Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Calabria, Basilicata e dalla Regione Siciliana.

Dall'istruttoria è emerso che i finanziamenti, previsti dalla legge succitata, sono stati quasi totalmente utilizzati, mentre numerose e assai costose risultano ancora quelle opere che è necessario eseguire per rispondere concretamente alle esigenze di una sanità di qualità, accessibile a tutti anche sotto il profilo della sicurezza, talché appare assolutamente insufficiente lo stanziamento di soli 90 milioni per la realizzazione delle misure di prevenzione degli incendi delle strutture sanitarie, mentre nessuna dotazione risulta essere stata destinata per il loro adeguamento alle più recenti norme antisismiche.

Per quest'ultimo tipo di emergenza, il ministero ha stimato in non meno di 12 miliardi lo

¹ Legge finanziaria 1988.

² Interventi urgenti per la coesione sociale e territoriale, con particolare riferimento a situazioni critiche in alcune aree del Mezzogiorno.

stanziamento necessario per la messa in sicurezza delle strutture ospedaliere in zone sismiche I e II, a cui vanno aggiunti altri 3 miliardi per il loro adeguamento alla normativa antincendio, nell'ambito di un fabbisogno finanziario complessivo che ammonta a non meno di 32 miliardi di euro.

2. Sebbene siano state superate, in parte, le criticità riscontrate durante la prima fase di attuazione del Piano, dovute principalmente alla limitata razionalizzazione delle strutture sanitarie sul territorio, alla polverizzazione dei finanziamenti e alla mancanza di progetti integrati, va tuttavia evidenziato come persista una disomogenea distribuzione dei finanziamenti nel Paese, che dimostra ancora una scarsa analisi da parte del Ministero delle dimensioni demografiche dei fabbisogni sanitari locali e una carenza di specifici coefficienti correttivi che consentano una migliore utilizzazione delle risorse.

Inoltre, la scarsa razionalità con la quale sono distribuite sul territorio le strutture sanitarie potrebbe determinare il rischio di sostenere oneri per strutture eventualmente da dismettere.

Il divario appare ancora troppo marcato, se solo si analizza nel dettaglio la dislocazione delle grandi apparecchiature diagnostiche acquisite direttamente dalle aziende sanitarie pubbliche, allocate prevalentemente in tre regioni del Centro-Nord (Veneto, Toscana ed Emilia-Romagna).

3. Con riguardo alle procedure necessarie per il completamento degli accordi di programma, che le regioni sono tenute a sottoscrivere, le più sollecite sono state: la Lombardia, il Veneto, il Friuli-Venezia Giulia, la Liguria, l'Emilia-Romagna, la Toscana e l'Umbria, mentre molte realtà locali centro-meridionali (Lazio, Abruzzo, Puglia, Molise, Calabria, Campania, Sicilia e Sardegna), non solo hanno sottoscritto accordi di programma in misura significativamente inferiore rispetto alle quote assegnate, ma sono risultate anche in ritardo nel compimento delle procedure istruttorie che costituiscono il presupposto per l'ottenimento delle consistenti disponibilità finanziarie residue.

È singolare come, nel periodo 1999-2016, la Regione Campania e la Regione Lazio abbiano sottoscritto ciascuna soltanto due accordi di programma (in data 28 dicembre 2000 e 2 aprile 2015 la Campania e in data 22 settembre 2000 e 28 novembre 2015 il Lazio), lasciando inutilizzato circa il 68 per cento delle risorse disponibili, pari per la Campania a

circa 1.187.000.000 euro e per il Lazio a circa 563.000.000 euro.

L'indagine ha evidenziato, inoltre, come talvolta, pur avendo completato le necessarie istruttorie presso il Ministero della salute, alcune regioni, come ad esempio le Marche, non abbiano potuto sottoscrivere i conseguenti accordi esclusivamente per carenza di risorse.

4. Nel periodo di osservazione della presente indagine, 2012-2016, risultano essere stati sottoscritti 15 accordi di programma che prevedono un totale di 211 interventi, di cui soltanto il 7 per cento è stato completamente realizzato (15 interventi), mentre per il 68 per cento (145 interventi) le opere sono ancora da iniziare e per il 25 per cento i lavori sono in corso di esecuzione (51 interventi).

Va altresì considerato che, per gli anni 2000-2013, il settore delle infrastrutture nella sanità è stato oggetto di programmi cofinanziati dall'Unione europea (con fondi Fas, Fsc, Pac, Pion energie e Pon), per un importo complessivo di 5,19 miliardi, che hanno permesso di realizzare 1.222 interventi, non tutti ancora conclusi (cfr. par. 3.1, cap. I).

5. In un contesto di scarsità di risorse e di difficoltà di accesso al capitale di credito (stante anche i rigidi vincoli che derivano al nostro Paese dall'osservanza del Patto di stabilità europeo), appare opportuno procedere ad una massiccia razionalizzazione ed efficientamento delle attuali strutture esistenti ed, in via residuale, ricorrere allo strumento del Partenariato pubblico-privato (Ppp), quale istituto che consente all'operatore pubblico di affiancare capitale di rischio privato a quello statale.

Un'analisi svolta nel settore infrastrutturale e strumentale in sanità dimostra una netta prevalenza dell'uso di tale sistema nel Nord Italia rispetto al Mezzogiorno.

È risultato, inoltre, come, nell'esperienza concreta, il Ppp sia stato utilizzato dalle regioni come ultima possibilità per reperire le risorse necessarie al completamento dell'opera pubblica (per sopravvenuta carenza di risorse), piuttosto che per una reale opportunità di finanziamento.

In alcuni casi, addirittura, sono emerse gestioni di contratti in Ppp particolarmente complesse e non prive di aspetti che destano perplessità, in ragione del fatto che i tempi di realizzazione delle singole iniziative sono stati dilatati a dismisura come accaduto, ad esempio, per i tre Ppp stipulati nella Regione Calabria per la realizzazione del nuovo ospedale di Vibo Valentia, per l'ospedale della Piana di Gioia Tauro e per quello della

Sibaritide.

Infatti, come sarà illustrato in seguito (cap. IV, par. 2), i costi sostenuti appaiono particolarmente ingenti nonostante le opere da realizzare non risultino ancora avviate; ciò ingenera seri interrogativi sulle concrete capacità gestionali e di direzione da parte degli organi regionali competenti.

Perplessità, sempre relativamente all'utilizzo di forme di partenariato pubblico privato, sono emerse anche in ordine agli acquisti di attrezzature sanitarie diagnostiche di elevato valore da parte di alcune aziende sanitarie pubbliche scelte a campione.

La fattiva collaborazione durante l'istruttoria da parte dell'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari) ha, inoltre, consentito di constatare per la Regione Veneto, con riguardo ad un ospedale, scelte aziendali di dubbia economicità e di discutibile utilizzo di tale strumento per la fornitura di attrezzature sanitarie e relativa assistenza (v. cap. III, par. 1, lett. d).

6. È stato constatato, infine, come lo stesso Ministero della salute, nella sua attività di vigilanza, non sia al corrente del modo in cui, a livello territoriale regionale, vengano investite le risorse finanziarie anche europee e non abbia svolto un monitoraggio sull'effettivo impiego delle risorse per la realizzazione delle opere in Ppp, la cui regia è lasciata alla sola iniziativa delle regioni.

7. In generale, mette conto rilevare che la scarsità delle risorse di bilancio disponibili per gli investimenti pubblici determina ripercussioni di particolare impatto nel settore sanitario, specie per quanto riguarda l'adeguamento alle tecnologie più avanzate delle strumentazioni tecnologiche di maggior valore diagnostico e terapeutico. Tale situazione determina due fenomeni, diversi, ma convergenti: da un lato, la scarsa efficacia delle prestazioni direttamente rese dal Servizio sanitario nazionale; dall'altro lato, la ricerca, da parte del Servizio nazionale, di modalità operative che, coinvolgendo l'interesse dei privati imprenditori, siano in grado di sopperire alla carenza delle risorse pubbliche.

Ciò comporta, anche ai fini del mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, il crescente affidamento a strutture private di quote di prestazioni che, pur intestate al Servizio nazionale, sono erogate da strutture private variamente convenzionate o accreditate con il Servizio stesso e con oneri correnti a carico di questo.

Ne discende la necessità di una riflessione circa l'esigenza di impostare, anche in una prospettiva di medio-lungo periodo, programmi di investimento che consentano di riportare sotto controllo la spesa corrente per il finanziamento degli investimenti privati, "sostitutivi" delle carenze dell'intervento pubblico. Il che dovrebbe comportare, altresì, una rinnovata attenzione alle strategie di ricorso al Ppp, soprattutto in termini di cautela nell'assunzione, a carico della finanza pubblica, di impegni finanziari prolungati nel tempo per sostenere forme di *partnership* in settori di attività (come quelli nei quali ci si avvale di strumentazioni mediche complesse) soggetti a continue evoluzioni tecnologiche, ovvero (come nella fornitura di servizi strumentali) a rapide innovazioni dei processi produttivi; donde il possibile venir meno, nel volgere di pochi anni, delle ragioni di convenienza economica e di efficienza che avevano ispirato il ricorso a tale strumento.

CAPITOLO I

GLI INTERVENTI IN MATERIA DI RISTRUTTURAZIONE EDILIZIA E DI AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO DEL PATRIMONIO SANITARIO PUBBLICO

Sommario: 1. Premessa. - 2. Oggetto dell'indagine. - 3. Gli obiettivi dell'art. 20 l. 11 marzo 1988, n. 67. - 4. Gli accordi di programma. - 5. La distribuzione dei finanziamenti. - 5.1. Le risorse comunitarie: stanziamenti e residui. - 5.2. Le risorse del bilancio dello Stato. - 6. L'evoluzione delle procedure e degli sviluppi. - 7. Le criticità oggettive. - 8. Le disomogeneità nella distribuzione delle grandi tecnologie nelle strutture pubbliche.

1. Premessa

La Corte dei conti, nella relazione al Parlamento approvata con deliberazione 3 maggio 2011, n. 10/2011/G di questa Sezione di controllo, aveva già avuto modo di riferire circa l'attività di esecuzione del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, nonché di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti di cui alla legge finanziaria n. 67/1987, per l'importo complessivo di 24 miliardi.

In quella occasione si era rilevato l'impatto notevole che le esigenze, riguardanti la stabilità dei conti e di verifica dei vincoli di finanza pubblica, esercitavano nell'esecuzione del programma infrastrutturale in esame, nell'ottica di un'influenza che diveniva sempre più accentuata via via che si progrediva nel suo complesso iter, dalla deliberazione Cipe alla materiale assunzione degli impegni. A tal proposito, al fine di evitare effetti pregiudizievoli nella puntuale utilizzazione delle risorse, ritenute già insufficienti a fornire risposte adeguate in materia di efficienza di strutture sanitarie ed assistenziali, era stato auspicato uno snellimento delle fasi di verifica e controllo e l'adozione di criteri selettivi, al fine di privilegiare le realtà maggiormente bisognose di interventi.

La notevole articolazione dei processi decisionali e negoziali attuativi del piano per l'edilizia sanitaria aveva prodotto, infatti, una tempistica inadeguata e sostanzialmente svincolata dai cronoprogrammi degli interventi previsti nei piani oggetto degli accordi tra Stato e regioni. Per converso, la relazione aveva evidenziato come più rapida e meno problematica fosse stata l'attività degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, dei policlinici universitari a diretta gestione, degli istituti zooprofilattici sperimentali e dell'Istituto superiore di sanità, i quali, essendo gestiti al di fuori degli accordi di

programma, avevano potuto gestire le somme messe a disposizione dal Cipe in modo più snello e diretto, evitando interposizioni operative responsabili dell'allungamento dei tempi programmati per la realizzazione degli interventi.

Si era notato, inoltre, come, a fronte di una legislazione finalizzata ad implementare capacità progettuali e di pianificazione, i risultati raggiunti nella seconda fase del piano infrastrutturale apparissero insufficienti e talvolta contraddittori rispetto alle finalità del complesso ordito normativo regolatore della materia sanitaria; del pari, si era potuta accertare una rilevante differenziazione delle modalità con cui lo Stato era intervenuto per supportare i piani regionali, arrivando a finanziare, per alcuni di essi, il massimo consentito dalla legislazione (95 per cento) e non andando al di là, per altri, della percentuale del 70 per cento.

La Corte, pertanto, aveva sottolineato l'esigenza che le scelte discrezionali, che determinavano l'adozione di diverse percentuali di contribuzione, dovessero essere corredate della puntuale ostensione dei criteri che le giustificassero, anche in considerazione della delicatezza della materia riguardante le relazioni finanziarie tra Stato ed autonomie territoriali.

Per quanto concerne le risorse stanziare in bilancio, questa Corte ne aveva rilevato la costante inutilizzazione nell'anno di competenza (talvolta l'attivazione giungeva a distanza di un triennio dal loro stanziamento) e la subordinazione del finanziamento agli esiti degli accordi di programma, nonché la farraginosità del meccanismo sotteso al loro perfezionamento, a sua volta propedeutico alla specificazione dei progetti di intervento. Tali circostanze avevano favorito, nei territori a più bassa efficienza, l'incremento di fenomeni di scarsa se non, addirittura, di mancata utilizzazione delle risorse.

Pertanto, era stato evidenziato un profondo scollamento finanziario tra le somme stanziare dalle leggi succedutesi nel tempo, quelle applicate ai bilanci triennali ed annuali, quelle tradotte in accordi e quelle materialmente utilizzate nella fase attuativa degli stessi.

Inoltre, si era constatata la bassa percentuale delle somme stanziare che erano confluite in tali accordi, per i quali era stato rilevato, tra l'altro, come avrebbero dovuto comporsi i sottesi progetti, già preventivamente stimati e definiti economicamente, al fine di consentirne un pronto avvio a seguito della conclusione degli accordi stessi.

Tali progetti avrebbero dovuto trovare attuazione tramite una più efficiente gestione dei contratti da parte delle aziende sanitarie, in quanto era emerso che i procedimenti

amministrativi attuativi ingeneravano ritardi incompatibili con la disciplina dell'adempimento delle obbligazioni da parte dei committenti pubblici, contrastando con le prescrizioni di legge ed originando ulteriori oneri a carico delle aziende stesse.

A tal proposito, di difficile risoluzione era apparso il ritardo sotto il profilo strategico e organizzativo di alcune amministrazioni regionali ed aziende sanitarie rispetto al conseguimento degli obiettivi primari previsti dalla legislazione.

Era stata evidenziata la necessità di rivalutare i processi negoziali, amministrativi ed attuativi allora in essere, al fine di porre rimedio all'aggravarsi delle situazioni di arretramento dei territori meno dotati di risorse.

Al riguardo, si erano rilevate, all'interno di aree sostanzialmente omogenee in termini demografici ed economici, rilevanti sperequazioni nei flussi finanziari che trasferivano risorse dallo Stato alle regioni.

Questa Corte aveva ritenuto che fosse necessario evitare che, con tali trasferimenti, l'erario potesse premiare alcune aree rispetto ad altre, dotate di analoghe caratteristiche e qualità dei servizi, specie in quelle regioni già soggette a misure fiscali di sfavore in ragione delle problematiche sottese ai piani di rientro.

In tal senso era stato suggerito che le erogazioni finanziarie annuali dovessero rispettare alcuni parametri di somministrazione al fine di tutelare i territori più deboli e dare concreta attuazione ad un federalismo solidale.

Per quanto concerne, infine, l'attività di monitoraggio che lo Stato effettua tramite il Ministero della salute concentrandosi in particolar modo sui profili finanziari, si erano evidenziate criticità che non riguardavano tanto la valutazione *ex ante*, che peraltro beneficiava di sistemi che erano stati applicati alle nuove proposte presentate dalle regioni e i cui contenuti dovevano confluire nelle regole e tecniche di pianificazione e progettazione dei singoli interventi, ma nel monitoraggio *ex post*, che il Ministero non aveva opportunamente implementato e perfezionato.

Al riguardo, era apparsa oramai indefettibile la riorganizzazione e il miglioramento dell'informazione amministrativa e contabile dei fenomeni gestionali sottesi all'attuazione del programma di edilizia sanitaria, ritenendo che il Ministero, per quel che riguardava i singoli interventi, il loro stato di avanzamento e le cause alla base di revoca dei finanziamenti, non aveva posto sufficiente attenzione alla funzione di monitoraggio.

Tale aspetto è un elemento indispensabile per assumere decisioni in tempo reale intese a

rimediare con tempestività le distorsioni emergenti in corso d'opera.

2. Oggetto dell'indagine

Come evidenziato in premessa, questa Corte ha già sottolineato l'esigenza di bilanciare l'interesse nazionale alla stabilità dei conti con le priorità e le esigenze dell'assistenza sanitaria, onde evitare effetti pregiudizievoli per l'economica utilizzazione delle risorse, anche attraverso l'adozione di criteri selettivi per privilegiare le realtà territoriali maggiormente bisognose di interventi.

A seguito di questa raccomandazione, il Ministero della salute ha assunto una serie di impegni, finalizzati a sviluppare un sistema di relazioni fra Stato e regioni idoneo a conciliare l'autonomia di queste con la produttività dei contributi statali e con adeguati controlli sul loro impiego. Altri impegni avrebbero dovuto riguardare la disciplina dei progetti finanziati con il ricorso al partenariato pubblico-privato e l'inserimento, nell'ambito del c.d. "Patto per la salute", di clausole che impegnassero le regioni a una maggiore trasparenza nell'impiego delle risorse pubbliche e private destinate alle opere sanitarie.

Perciò, la nuova indagine si propone di verificare in che misura e con quale tempistica le amministrazioni e gli enti interessati abbiano provveduto a dare corso alle numerose raccomandazioni formulate dalla Corte.

L'istruttoria si è svolta con la consultazione del sistema informativo integrato Corte dei Conti-Ragioneria generale dello Stato e attraverso richieste di notizie e documenti forniti dal Ministero della salute, cui spetta l'attuazione del programma degli investimenti infrastrutturali.

I dati sono consolidati alla data del 31 dicembre 2016.

3. Gli obiettivi dell'art. 20 l. 11 marzo 1988, n. 67

Gli obiettivi dell'art. 20 l. n. 67/1988 sono riconducibili a tre linee programmatiche:

- il riequilibrio territoriale delle strutture tra Nord e Sud del Paese;
- la qualificazione degli ospedali ed il potenziamento delle strutture territoriali;
- la messa in sicurezza e l'ammodernamento tecnologico degli edifici e degli impianti.

La prima fase del programma si è conclusa nel 1996 con un'assegnazione alle regioni pari a 4.854.694.851,43 euro ed una percentuale media di autorizzazione alla spesa del 94,5 per

cento. Valori più bassi della media si sono registrati per la Regione siciliana (63,2 per cento) e per la Regione Lazio (86,6 per cento).

La seconda fase, avviata nel 1998, ha registrato uno stanziamento complessivo pari a 19.145.305.148,57 euro, articolati come segue:

- 10.639.012.121,24 euro, di cui alla delibera Cipe n. 52 del 6 maggio 1998 (a completamento dell'assegnazione originaria della l. n. 67/1988), dei quali utilizzati:

- a) 9.347.869.873,52 euro per accordi di programma,
- b) 1.291.142.247,72 euro per completamenti di opere della prima fase e per iniziative prioritarie riguardanti la sicurezza;

- 15.493.706,97 euro relativi al “Programma per il potenziamento delle strutture di radioterapia” di cui alla l. 23 dicembre 1999, n. 488 e d.m. 28 dicembre 2001;

- 826.143.140,92 euro relativi al “Programma per la realizzazione di strutture per l'attività libero-professionale” di cui all'art. 15-*duodecies*, c. 1, d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, integrativo del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e d.m. 8 giugno 2001 del Ministero della salute di approvazione del programma;

- 1.239.684.455,44 euro per integrazioni alle regioni, province autonome ed enti interessati dalla determinazione dei Lea, di cui alla delibera Cipe n. 65 del 2 agosto 2002, in attuazione dell'art. 83 l. 23 dicembre 2000, n. 388;

- 2.424.971.723,98 euro di cui alla delibera Cipe n. 98 del 18 dicembre 2008, in attuazione della l. 27 dicembre 2006, n. 296;

- 3.000.000.000,00 euro di cui alla delibera Cipe n. 97 del 18 dicembre 2008, in attuazione della l. 24 dicembre 2007, n. 244.

Inoltre, l'art. 2, c. 69, l. 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010) ha previsto un ulteriore finanziamento pari a 1 miliardo³. Complessivamente, a valere su quest'ultimo, residua ancora da ripartire una somma pari a 820 milioni. Di questi, il Ministero ha comunicato che, in conseguenza dell'emanazione dell'art. 5-*bis* d.l. n. 243/2016, convertito dalla l. n. 18/2016, una quota di 100 milioni sarà destinata alle regioni Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Calabria, Basilicata e alla regione Siciliana.

Al momento, quest'ultima somma non è stata ancora liquidata, in quanto è in fase di

³ Le risorse erano destinate prioritariamente alle regioni che avevano esaurito, con la sottoscrizione di accordi, la loro disponibilità a valere sui 23 miliardi del Programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico (importo così rideterminato dall'art. 1, c. 796, lett. n), l. 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni).

elaborazione la proposta ministeriale di riparto che dovrà essere sottoposta al coordinamento delle regioni.

Infine, al programma sono state aggiunte ulteriori linee di finanziamento finalizzate a interventi su rilevanti problemi specifici⁴.

4. Gli accordi di programma

Nell'ottica dello sviluppo e crescita del Servizio sanitario nazionale, il d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 ha avviato un percorso condiviso di procedure per la sottoscrizione di accordi di programma tra Stato e regioni⁵. Peraltro, attualmente, il sistema degli accordi di

⁴ a) “Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'Aids”, di cui alla l. 5 giugno 1990, n. 135 e con specifico finanziamento assegnato pari a 4.084.559.488,09 euro. b) “Piano straordinario per la realizzazione di interventi di riorganizzazione e di riqualificazione dell'assistenza sanitaria in alcuni grandi centri urbani” di cui alla legge finanziaria 23 dicembre 1998, n. 448 con specifico finanziamento assegnato pari a 1.239.497.000,00 euro. La Conferenza unificata (agosto 1999) ha individuato i venti grandi centri urbani in cui realizzare gli interventi: Roma, Milano, Napoli, Torino, Genova, Palermo, Bologna, Firenze, Catania, Bari, Venezia, Taranto, Reggio Calabria, Cagliari, Perugia, Ancona, L'Aquila, Campobasso, Potenza e Catanzaro. In seguito è stata istituita una Commissione (d.m. 16 giugno 2000), composta da rappresentanti del Ministero della sanità, delle regioni e dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (Anci), con il compito di valutare i progetti presentati dalle regioni. La Commissione ha concluso l'attività istruttoria il 14 dicembre 2000 con la predisposizione di una relazione sui progetti presentati. Il d.m. 5 aprile 2001 ha formalizzato i progetti regionali beneficiari del finanziamento e ha proceduto alla ripartizione delle relative risorse finanziarie per l'intera cifra di 1.239.496.557,82 euro. Rispetto agli stanziamenti inizialmente previsti dal d.m. 5 aprile 2001, il programma ha subito, a seguito della legge finanziaria 2006, una decurtazione di fondi pari a 64 milioni ripartita tra le regioni Lombardia, Piemonte, Puglia, Calabria, Basilicata e Abruzzo. I finanziamenti di cui alla l. n. 448/1998 erogati alle regioni sono stati pari a 722.768.263,75 euro, percentuale media di assegnazione del 61,44 per cento, con valori di molto al di sotto della media registrati per le città di Cagliari (13,38), Bari (28,88), Palermo (31,31), Torino (32,64), Roma (50,70) e Taranto (58,97).

⁵ L'art. 20 l. n. 67/1988, ha definito i seguenti obiettivi del programma:

- a. riequilibrio territoriale delle strutture, al fine di garantire una idonea capacità di posti letto anche in quelle regioni del Mezzogiorno dove le strutture non sono in grado di soddisfare le domande di ricovero;
- b. sostituzione del 20 per cento dei posti letto a più elevato degrado strutturale;
- c. ristrutturazione del 30 per cento dei posti letto che presentano carenze strutturali e funzionali suscettibili di integrale recupero con adeguate misure di riadattamento;
- d. conservazione in efficienza del restante 50 per cento dei posti letto, la cui funzionalità è ritenuta sufficiente;
- e. completamento della rete dei presidi, poliambulatoriali extra-ospedalieri ed ospedali diurni con contemporaneo intervento su quelli ubicati in sede ospedaliera secondo le specificazioni di cui alle lett. a), b), c);
- f. realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lett. e) e che richiedono trattamenti continui;
- g. adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti delle strutture sanitarie;
- h. potenziamento delle strutture preposte alla prevenzione con particolare riferimento ai laboratori di igiene e profilassi e ai presidi multizonali di prevenzione, agli istituti zooprofilattici sperimentali ed alle strutture di sanità pubblica veterinaria;
- i. conservazione all'uso pubblico dei beni dismessi.

programma è strumento necessario dopo l'introduzione della competenza regionale con la riforma costituzionale del 2001⁶.

Il complesso integrato di procedure è divenuto la premessa necessaria per valorizzare la relazione tra risorse finanziarie, configurazione dei modelli di offerta dei servizi e bisogni di salute delle comunità.

Gli accordi di programma hanno indotto un'evoluzione generale dei processi di qualificazione della spesa già avviati in alcune regioni attraverso “accordi quadro”, nell'ambito di intese istituzionali di programma, che avevano evidenziato l'importanza di una visione unitaria e coerente per le scelte multisettoriali degli investimenti pubblici.

La salute, quale “condizione per il successo di politiche di sviluppo”, è stata ritenuta un valore essenziale nella programmazione per una effettiva integrazione del territorio, dei suoi valori e dei fattori di coesione.

Tale approccio ha consentito di promuovere il riconoscimento del “sistema salute” quale strumento infrastrutturale funzionale anche alle politiche di sviluppo cofinanziate dai Fondi strutturali europei⁷.

L'evoluzione del Servizio sanitario nazionale ha visto l'adeguamento del Programma straordinario degli investimenti e degli obiettivi strategici, comportando comunque la permanenza dell'impianto normativo iniziale con l'aggiunta di nuovi traguardi di maggiore qualificazione del sistema di offerta dei servizi sanitari.

Infatti, a seguito delle concertazioni in sede di Conferenza Stato-regioni, con l'avvio della seconda fase, si è potuto constatare che:

a) sono state superate le criticità riscontrate durante la prima fase di attuazione, derivate prevalentemente dalla polverizzazione dei finanziamenti e dalla mancanza di progetti integrati. Gli obiettivi sono stati quelli di incentivare la capacità di programmazione

⁶ Legge costituzionale del 18 ottobre 2001, n. 3.

⁷ Programma operativo di assistenza tecnica-Poat Salute. Il Quadro strategico nazionale (Qsn) rappresenta il documento di programmazione con cui l'Italia persegue gli obiettivi previsti dalla politica di coesione comunitaria 2007-2013, articolato in quattro Obiettivi strategici-dieci Priorità. Nell'ambito del Qsn, all'Obiettivo specifico 10.1.1, è affidata la modernizzazione della pubblica amministrazione, attraverso il rafforzamento delle competenze di programmazione e gestione della politica regionale unitaria: “Rafforzare le competenze tecniche e di governo delle amministrazioni e degli enti attuatori, per migliorare l'efficacia della programmazione e la qualità degli interventi per offrire servizi migliori alla cittadinanza”. Per la realizzazione dell'Obiettivo specifico 10.1.1 del Qsn è stato sviluppato il «Programma operativo nazionale *Governance* e assistenza tecnica (Pongat)» rivolto alle regioni dell'Obiettivo Convergenza (Calabria, Campania, Puglia e Siciliana), cofinanziato al 50 per cento dal Fondo europeo di sviluppo regionale (Fesr). Risorse finanziarie: 11.000.000 euro.

negoziata, di concentrare i finanziamenti in un numero contenuto di coerenti interventi strategici e di sostenere logiche di rete quali “ospedale-ospedale” e “ospedale-territorio”;

b) le regioni, nella programmazione dei piani di investimento, hanno assunto come prioritari gli obiettivi del “Patto sulla salute” con l’innalzamento della qualità del sistema, l’innovazione tecnologica, l’accreditamento e la qualificazione delle reti ospedaliere ed il potenziamento dei servizi territoriali. Inoltre, sono state tenute presenti alcune priorità, quali: la riqualificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia, la realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative, l’implementazione e l’ammodernamento dei sistemi informatici e le strutture di assistenza odontoiatrica;

c) per mezzo della ristrutturazione edilizia e l’ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, con l’integrazione del finanziamento di cui alla legge finanziaria del 2008 sono stati specializzati ulteriormente gli obiettivi da perseguire, tesi al potenziamento delle unità di risveglio dal coma e la realizzazione di strutture residenziali con acquisizione di tecnologie per gli interventi in strutture territoriali dedicate alle cure palliative, ivi comprese quelle relative alle patologie degenerative neurologiche croniche invalidanti.

5. La distribuzione dei finanziamenti

5.1. Le risorse europee: stanziamenti e residui

Dalle informazioni trasmesse a questa Corte dall’Agenzia per la coesione territoriale (relativamente agli anni 2000-2013), è risultato che il settore delle infrastrutture nella sanità è stato anche oggetto di programmi cofinanziati dall’Unione europea⁸ per un importo complessivo di **5.189.014.331,82 euro** che ha permesso di realizzare 1.222 interventi e precisamente con:

- a) fondi Fas⁹ (2000-2006) per un costo totale di 2.613.930.899,16 euro; gli impegni sono stati di 2.169.924.843,09 euro, mentre i pagamenti sono stati di 1.973.001.085,31 euro.

⁸ Chiusi, per l’ultimo ciclo, al 31 dicembre 2015.

⁹ Fondo per le aree sottosviluppate.

A fronte di 277 interventi, l'andamento dei pagamenti, perciò, è attualmente al 90,9 per cento;

- b) fondi Fsc¹⁰ (2007-2013) per un costo totale di 1.233.088.073,69 euro; gli impegni sono stati di 1.140.408.345,86 euro, mentre i pagamenti sono stati di 163.341.155,76 euro.

A fronte di 184 interventi, l'andamento dei pagamenti, perciò, è attualmente al 14,3 per cento;

- c) fondi Pac¹¹ (2007-2013) per un costo totale di 101.274.168,05 euro; gli impegni sono stati di 92.588.390,79 euro, mentre i pagamenti sono stati di 9.422.541,67 euro.

A fronte di 58 interventi, l'andamento dei pagamenti, perciò, è attualmente al 10,2 per cento;

- d) fondi Poin energie¹² e Pon¹³ (2007-2013) per un costo totale di 1.240.721.190,92 euro; gli impegni sono stati di 1.135.459.035,05 euro, mentre i pagamenti sono stati di 959.554.967,74 euro.

A fronte di 703 interventi, l'andamento dei pagamenti, perciò, è attualmente all'84,5 per cento.

5.2. Le risorse del bilancio dello Stato

La previsione totale dei finanziamenti afferenti le infrastrutture sanitarie della prima fase e quelli della seconda fase negli anni 1988-2012, per il programma di investimenti è stata pari, come già detto, a **24 miliardi**, di cui 23,280 miliardi già ripartiti.

La distribuzione territoriale delle risorse non appare ancora omogenea. Infatti, le criticità già segnalate con la precedente relazione di questa Corte non risultano ancora superate, poiché, come si vedrà in seguito, la consistenza delle assegnazioni dei finanziamenti alle regioni non è in linea con le rispettive dimensioni demografiche, nè sono stati riscontrati specifici coefficienti correttivi per favorire compiutamente il riequilibrio tra Nord e Sud del Paese (v. *infra*, tabella n. 6).

¹⁰ Fondo sviluppo e coesione.

¹¹ Piano di azione di coesione.

¹² Programmi operativi interregionali.

¹³ Programmi operativi nazionali.

Tabella n. 1 - Distribuzione accordi di programma: riepilogo regioni

Regioni	Avvio della II fase del programma di edilizia sanitaria - accordi di programma (1)	Intramoenia ai sensi d.lgs. n. 254/2000 (2)	Accordi di programma prosecuzione (3)	Radioterapia (l. n. 448/1999) (4)	Art. 1, c. 796, lett. N), l. n. 296/2006 L.F.2007 - integrazione fino a 20 miliardi di euro del programma (5)	Art. 2, c. 69, l. n. 191/2009 (in attuazione patto per la salute 2010-2012 sottoscritto il 3 dicembre 2009 – integrazione a 24 miliardi)					Totale 1	Ulteriori risorse per opg aggiunte a quelle programmate ex art. 20 (8)	Ulteriori risorse riservate ex d.l. (10)	Totale 2	Distr. % sul finanziamento totale assegnato	Quota d'accesso regionale
						Art. 2, c. 279, l. n. 244/2007 L.F.2008 - integrazione fino a 23 miliardi di euro del programma	Interventi per antincendio	Finalizzazione per opg a valere sul finanziamento vigente dell'edilizia sanitaria (8)	Finalizzazion e data da l. di stabilità 2015 - comma 602 (9)	Residuo da ripartire						
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	Σ da (1) a (10)	(11)	(12)	Σ da (1) a (12)		
PIEMONTE	678.270.075,97	60.428.733,60	98.633.387,00	987.771,96	166.416.896,28	185.444.700,96	6.763.684,8	4.126.124,26			1.201.071.374,90	7.826.431,88		1.208.897.806,78	6,5%	6,9%
V. D'AOSTA	31.865.907,13	1.418.336,70	4.131.655,00	46.406,66	5.608.113,72	6.682.366,40	191.767,02	124.099,41			50.068.652,04	235.391,75		50.304.043,79	0,3%	0,3%
LOMBARDIA	1.201.068.032,87	132.471.194,6	269.786.902,00	1.749.128,2	317.141.220,86	414.285.419,47	14.711.626,	11.032.954,96			2.362.246.479,71	20.927.307,31		2.383.173.787,03	12,9%	13,6%
P.A. BOLZANO	73.199.502,14	0,00	7.359.511,00	106.601,22	21.505.512,75	25.923.974,51	736.068,40	836.648,98			129.667.819,00	1.586.955,66		131.254.774,66	0,7%	0,7%
P.A. TRENTO	79.702.210,95	8.404.575,81	20.115.996,00	116.071,18	22.557.430,28	27.186.770,85	780.178,51				158.863.233,58			158.863.233,58	0,9%	0,9%
VENETO	624.575.601,54	61.974.827,89	144.246.412,00	909.576,12	155.526.921,38	205.189.801,72	7.317.569,1	4.000.019,80			1.203.740.729,63	7.587.236,96		1.211.327.966,59	6,6%	6,9%
FRIULI V.G.	207.889.395,59	0,00	13.100.372,00	302.751,55	43.727.381,50	52.931.198,10	1.883.762,1	874.322,55			320.709.183,48	1.658.414,87		322.367.598,35	1,7%	1,8%
LIGURIA	339.111.797,42	39.210.377,38	29.329.326,00	493.852,13	69.746.791,86	83.528.060,51	2.526.682,2	1.952.332,12			565.899.219,71	3.703.183,26		569.602.402,97	3,1%	3,2%
E. ROMAGNA	614.052.792,22	87.214.076,55	109.095.763,00	894.251,64	163.576.871,80	207.231.703,24	6.698.207,8	3.446.678,59			1.192.210.344,88	6.537.659,43		1.198.748.004,31	6,5%	6,8%
TOSCANA	497.455.416,86	76.107.154,48	156.031.882,00	724.449,64	169.570.030,64	203.565.374,18	5.709.059,5	3.108.902,70			1.112.272.270,05	5.896.966,19		1.118.169.236,24	6,0%	6,4%
UMBRIA	140.735.021,45	25.677.941,61	16.010.164,00	204.953,91	37.885.974,84	45.861.902,22	1.376.474,2	691.147,32			268.443.579,57	1.310.968,14		269.754.547,71	1,5%	1,5%
MARCHE	226.332.071,45	42.332.939,10	35.398.109,00	329.609,81	46.775.806,55	61.364.785,48	2.364.998,3	1.118.246,11			416.016.565,81	2.121.089,05		418.137.654,86	2,3%	2,4%
LAZIO	795.573.964,37	102.661.209,0	79.124.621,00	1.158.602,8	176.946.888,59	215.370.695,04	8.478.304,5	5.806.445,37			1.385.120.730,79	11.013.664,70		1.396.134.395,49	7,5%	8,0%
ABRUZZO	285.087.823,50	18.942.089,69	7.850.145,00	415.176,44	60.357.372,57	72.925.444,02	2.010.448,0	1.270.716,79			448.859.216,09	2.410.295,42		451.269.511,51	2,4%	2,6%
MOLISE	104.831.970,75	0,00	1.962.536,00	152.667,92	14.989.007,41	18.356.862,42	481.581,50	299.747,32			141.074.373,32	568.560,67		141.642.933,99	0,8%	0,8%
CAMPANIA	1.120.588.037,83	79.253.874,72	43.684.968,00	1.631.924,3	255.121.354,30	312.687.004,42	8.337.750,7	6.343.760,19			1.827.648.674,51	12.032.843,39		1.839.681.517,90	9,9%	10,5%
PUGLIA	814.789.776,22	53.948.571,22	23.008.974,00	1.186.587,0	186.749.661,09	221.063.542,96	5.970.195,8	3.904.546,29			1.310.621.854,66	7.406.142,82		1.318.027.997,48	7,1%	7,5%
BASILICATA	142.494.073,66	27.613.917,48	5.396.975,00	207.515,64	33.267.215,48	40.226.909,22	871.167,30	432.232,58			250.510.006,36	819.858,70		251.329.865,06	1,4%	1,4%
CALABRIA	424.925.759,32	0,00	12.297.297,00	618.823,92	89.923.658,91	107.967.363,62	2.944.693,5	2.268.890,72			640.946.487,06	4.303.631,57		645.250.118,63	3,5%	3,7%
SICILIA	1.256.885.145,15	0,00	23.570.003,00	1.830.415,2	251.531.588,07	332.275.508,97	7.367.035,6	6.481.921,36			1.879.941.617,49	12.294.907,48		1.892.236.524,97	10,2%	10,8%
SARDEGNA	345.982.740,01	8.483.321,02	11.751.617,00	503.858,36	91.046.025,10	109.930.611,70	2.478.743,7	1.880.262,58			572.057.179,47	3.566.481,78		575.623.661,25	3,1%	3,3%
TOTALE	10.005.417.116,39	826.143.140,9	1.111.886.615,0	14.570.995,5	2.379.971.723,9	2.950.000.000,01	90.000.000,0	60.000.000,0		0,00	17.437.989.592,1	113.807.991,0	0,00	17.551.797.583,14	94,9%	100,0%
ENTI	633.595.004,83	0,00	127.797.840,44	922.711,17	45.000.000,00	50.000.000,00		0	30.000.000		887.315.556,44		53.967.237,0	941.282.793,44	5,1%	5,1%
NON RIPARTITO										820.000.000	820.000.000			820.000.000		
TOTALE	10.639.012.121,22	826.143.140,9	1.239.684.455,4	15.493.706,5	2.424.971.723,9	3.000.000.000,01	90.000.000,0	60.000.000,0	30.000.000	820.000.000	19.145.305158,	113.807.991,0	53.967.237,0	19.313.080.376,58	100%	100%

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della salute.

- (1) Delibere Cipe n. 53/1997 e n. 52/1998 (avvio seconda fase).
- (2) Integrazione dei finanziamenti di cui alla l. n. 388/2000 (quota ripartita per libera professione intramuraria con d. m. 8 giugno 2001 Min. salute).
- (3) Delibere Cipe n. 65/2002 e 63/2004.
- (4) Integrazione del finanziamento di cui alla l. n. 448/1999 ripartita con decreto del Ministro della salute 28 dicembre 2001.
- (5) Delibere Cipe n. 98/2008 e n. 58/2008.
- (6) Delibera Cipe n. 97/2008.
- (7) D.l. n. 158/2012, art. 6, comma 2; Intesa Stato-regioni 7.2.2013 e delibera Cipe n. 16 dell'8.3.2013.
- (8) Art. 3-ter, comma 6, d.l. n. 211/2011 e d.m. 28 dicembre 2012.
- (9) Art. 2, c. 602, l. n. 190/2014.
- (10) Art. 7-quinquies d.l. n. 5/2009 rifinanziato dall'art. 2, comma 250, l. n. 191/2009 e dall'art. 1, comma 40, l. n. 220/2010.

Tabella n. 2 - Distribuzione accordi di programma: Nord Italia

Regioni	Avvio della II fase del programma di edilizia sanitaria - accordi di programma (1)	Intramoenia ai sensi d.lgs. n. 254/2000 (2)	Accordi di programma prosecuzione (3)	Radioterapia (l. n. 448/1999) (4)	Art. 1, c. 796, lett. N), l. n. 296/2006 L.F.2007 - integrazione fino a 20 miliardi di euro del programma (5)	Art. 2, c. 69, l. n. 191/2009 (in attuazione patto per la salute 2010-2012 sottoscritto il 3 dicembre 2009 – integrazione a 24 miliardi)					Totale 1	Ulteriori risorse per opg aggiunte a quelle programmate ex art. 20 (8)	Ulteriori risorse riservate ex d.l. (10)	Totale 2	Distr. % sul finanziamento totale assegnato	Quota d'accesso regionale
						Art. 2, c. 279, l. n. 244/2007 L.F.2008 - integrazione fino a 23 miliardi di euro del programma	Interventi per antincendio	Finalizzazione per opg a valere sul finanziamento vigente dell'edilizia sanitaria (8)	Finalizzazione data da legge di stabilità 2015 – comma 602 (9)	Residuo da ripartire						
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	Σ da (1) a (10)	(11)	(12)	Σ da (1) a (12)		
PIEMONTE	678.270.075,97	60.428.733,60	98.633.387,00	987.771,96	166.416.896,28	185.444.700,96	6.763.684,87	4.126.124,26			1.201.071.374,90	7.826.431,88		1.208.897.806,7	6,5%	6,9%
V. D'AOSTA	31.865.907,13	1.418.336,70	4.131.655,00	46.406,66	5.608.113,72	6.682.366,40	191.767,02	124.099,41			50.068.652,04	235.391,75		50.304.043,79	0,3%	0,3%
LOMBARDIA	1.201.068.032,87	132.471.194,6	269.786.902,0	1.749.128,20	317.141.220,86	414.285.419,47	14.711.626,74	11.032.954,96			2.362.246.479,71	20.927.307,31		2.383.173.787,0	12,9%	13,6%
P.A. BOLZANO	73.199.502,14	0,00	7.359.511,00	106.601,22	21.505.512,75	25.923.974,51	736.068,40	836.648,98			129.667.819,00	1.586.955,66		131.254.774,66	0,7%	0,7%
P.A. TRENTO	79.702.210,95	8.404.575,81	20.115.996,00	116.071,18	22.557.430,28	27.186.770,85	780.178,51				158.863.233,58			158.863.233,58	0,9%	0,9%
VENETO	624.575.601,54	61.974.827,89	144.246.412,0	909.576,12	155.526.921,38	205.189.801,72	7.317.569,18	4.000.019,80			1.203.740.729,63	7.587.236,96		1.211.327.966,5	6,6%	6,9%
FRIULI V.G.	207.889.359,59	0,00	13.100.372,00	302.751,55	43.727.381,50	52.931.198,10	1.883.762,19	874.322,55			320.709.183,48	1.658.414,87		322.367.598,35	1,7%	1,8%
LIGURIA	339.111.797,42	39.210.377,38	29.329.326,00	493.852,13	69.746.791,86	83.528.060,51	2.526.682,29	1.952.332,12			565.899.219,71	3.703.183,26		569.602.402,97	3,1%	3,2%
Totale	3.235.682.523,61	303.908.046	586.703.561	4.712.159,02	802.230.268,63	1.001.172.292,52	34.911.339,2	6.826.674,47			5.992.266.692,05	12.948.835,09		6.035.791.613,75	32,70%	34,30%

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della salute.

Tabella n. 3 - Distribuzione accordi di programma: Centro Italia

Regioni	Avvio della II fase del programma di edilizia sanitaria - accordi di programma (1)	Intramoenia ai sensi d.lgs. n. 254/2000 (2)	Accordi di programma prosecuzione (3)	Radioterapia (l. n. 448/1999) (4)	Art. 1, c. 796, lett. N), l. n. 296/2006 L.F.2007 - integrazione fino a 20 miliardi di euro del programma (5)	Art. 2, c. 69, l. n. 191/2009 (in attuazione patto per la salute 2010-2012 sottoscritto il 3 dicembre 2009 – integrazione a 24 miliardi)					Totale 1	Ulteriori risorse per opg aggiunte a quelle programmate ex art. 20 (8)	Ulteriori risorse riservate ex d.l. (10)	Totale 2	Distr. % sul finanziamento totale assegnato	Quota d'accesso regionale
						Art. 2, c. 279, l. n. 244/2007 L.F.2008 - integrazione fino a 23 miliardi di euro del programma	Interventi per antincendio	Finalizzazione per opg a valere sul finanziamento vigente dell'edilizia sanitaria (8)	Finalizzazione data da legge di stabilità 2015 - comma 602 (9)	Residuo da ripartire						
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	Σ da (1) a (10)	(11)	(12)	Σ da (1) a (12)		
E. ROMAGNA	614.052.792,22	87.214.076,55	109.095.763,00	894.251,64	163.576.871,80	207.231.703,24	6.698.207,84	3.446.678,59			1.192.210.344,88	6.537.659,43		1.198.748.004,31	6,5%	6,8%
TOSCANA	497.455.416,86	76.107.154,48	156.031.882,00	724.449,64	169.570.030,64	203.565.374,18	5.709.059,55	3.108.902,70			1.112.272.270,05	5.896.966,19		1.118.169.236,24	6,0%	6,4%
UMBRIA	140.735.021,45	25.677.941,61	16.010.164,00	204.953,91	37.885.974,84	45.861.902,22	1.376.474,22	691.147,32			268.443.579,57	1.310.968,14		269.754.547,71	1,5%	1,5%
MARCHE	226.332.071,45	42.332.939,10	35.398.109,00	329.609,81	46.775.806,55	61.364.785,48	2.364.998,31	1.118.246,11			416.016.565,81	2.121.089,05		418.137.654,86	2,3%	2,4%
LAZIO	795.573.964,37	102.661.209,05	79.124.621,00	1.158.602,86	176.946.888,59	215.370.695,04	8.478.304,51	5.806.445,37			1.385.120.730,79	11.013.664,70		1.396.134.395,49	7,5%	8,0%
ABRUZZO	285.087.823,50	18.942.089,69	7.850.145,00	415.176,44	60.357.372,57	72.925.444,02	2.010.448,08	1.270.716,79			448.859.216,09	2.410.295,42		451.269.511,51	2,4%	2,6%
MOLISE	104.831.970,75	0,00	1.962.536,00	152.667,92	14.989.007,41	18.356.862,42	481.581,50	299.747,32			141.074.373,32	568.560,67		141.642.933,99	0,8%	0,8%
TOTALE REGIONI	2.664.069.060,6	352.935.410,48	405.473.220	3.879.712,22	670.101.952,4	824.676.766,6	27.119.074,01	15.741.884,2			4.963.997.080,51	29.859.203,6		4.993.856.284,11	27,00%	28,50%

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della salute.

Tabella n. 4 - Distribuzione accordi di programma: Sud Italia

Regioni	Avvio della II fase del programma di edilizia sanitaria - accordi di programma (1)	Intramoenia ai sensi d.lgs. n. 254/2000 (2)	Accordi di programma prosecuzione (3)	Radioterapia (L. n. 448/1999) (4)	Art. 1, c. 796, lett. N), l. n. 296/2006 L.F.2007 - integrazione fino a 20 miliardi di euro del programma (5)	Art. 2, c. 69, l. n. 191/2009 (in attuazione patto per la salute 2010-2012 sottoscritto il 3 dicembre 2009 – integrazione a 24 miliardi)					Totale 1	Ulteriori risorse per opg aggiunte a quelle programmate ex art. 20 (8)	Ulteriori risorse riservate ex d.l. (10)	Totale 2	Distr. % sul finanziamento totale assegnato	Quota d'accesso regionale
						Art. 2, c. 279, l. n. 244/2007 L.F.2008 - integrazione fino a 23 miliardi di euro del programma	Interventi per antincendio	Finalizzazione per opg a valere sul finanziamento vigente dell'edilizia sanitaria (8)	Finalizzazioni e data da legge di stabilità 2015 - comma 602 (9)	Residuo da ripartire						
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	Σ da (1) a (10)	(11)	(12)	Σ da (1) a (12)		
CAMPANIA	1.120.588.037,83	79.253.874,72	43.684.968,00	1.631.924,33	255.121.354,30	312.687.004,42	8.337.750,72	6.343.760,19			1.827.648.674,51	12.032.843,39		1.839.681.517,90	9,9%	10,5%
PUGLIA	814.789.776,22	53.948.571,22	23.008.974,00	1.186.587,05	186.749.661,09	221.063.542,96	5.970.195,83	3.904.546,29			1.310.621.854,66	7.406.142,82		1.318.027.997,48	7,1%	7,5%
BASILICATA	142.494.073,66	27.613.917,48	5.396.975,00	207.515,64	33.267.215,48	40.226.909,22	871.167,30	432.232,58			250.510.006,36	819.858,70		251.329.865,06	1,4%	1,4%
CALABRIA	424.925.759,32	0,00	12.297.297,00	618.823,92	89.923.658,91	107.967.363,62	2.944.693,57	2.268.890,72			640.946.487,06	4.303.631,57		645.250.118,63	3,5%	3,7%
SICILIA	1.256.885.145,15	0,00	23.570.003,00	1.830.415,26	251.531.588,07	332.275.508,97	7.367.035,68	6.481.921,36			1.879.941.617,49	12.294.907,48		1.892.236.524,97	10,2%	10,8%
SARDEGNA	345.982.740,01	8.483.321,02	11.751.617,00	503.858,36	91.046.025,10	109.930.611,70	2.478.743,70	1.880.262,58			572.057.179,47	3.566.481,78		575.623.661,25	3,1%	3,3%
TOTALE REGIONI	4.105.665.532,19	169.299.684,44	119.709.834	5.979.124,56	907.639.502,95	1.124.150.940,89	27.969.586,8	21.311.613,72			6.481.725.819,55	40.423.865,74		6.522.149.685,29	35,20%	37,20%

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della salute.

Tabella n. 5 - Riepilogo distribuzione accordi tra le regioni (importi in euro)

AREA GEOGRAFICA	IMPORTO FINANZIAMENTI	QUOTA SUL TOTALE	POPOLAZIONE al 31.12.2016 (fonte Istat)		DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE	RIPARTIZIONE QUOTA PRO CAPITE	SCOSTAMENTO VALORE MEDIO
NORD	6.035.791.613,00	34,3%	27.740.984		45,8 %	217,6	- 25 %
CENTRO	4.993.856.284,00	28,5%	12.067.524		19,9 %	413,8	+ 43 %
SUD	6.522.149.685,00	37,2%	20.780.937		34,3 %	313,8	+ 8 %
TOTALE ASSEGNAZIONI	17.551.797.583,00	100,0%	60.589.445		100,0 %	Valore medio 289,7	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della salute.

L'assegnazione totale dei finanziamenti della sola seconda fase, negli anni 1998-2016, come già detto, pari a 19.145.305.148,57 euro (cfr. tab. n. 1) è la risultante dei finanziamenti ripartiti nel 1998 a completamento dell'assegnazione di cui alla l. n. 67/1988 e dei successivi finanziamenti integrativi in precedenza dettagliati.

Di questi, le somme iscritte in bilancio sono state pari a 13.559.595.417,51 euro (70,82 per cento del totale delle assegnazioni), mentre risulta ancora da utilizzare ed iscrivere in bilancio la differenza di 5.585.709.731,05 euro (cfr. tab. n. 14).

Le risorse destinate alle regioni per gli accordi di programma sono pari a 15.285.958,367,91 euro, mentre quelle finora effettivamente incluse in quelli già sottoscritti, ricomprendendo anche quelli siglati nel novembre 2016 (Veneto, Emilia-Romagna e Toscana: cfr. tab. 36, 37, 38), sono pari a 10.600.957.600,10 euro (cfr. tab. n. 6).

Risultano, pertanto, come somme residue, per accordi da sottoscrivere, 4.685.000.767,81 euro, mentre il totale delle risorse ammesse a finanziamento (per complessivi interventi pari a 2.313) a valere sugli accordi sottoscritti (ammontando a 10.227.464.508,97 euro) corrisponde ad una percentuale del 96,47 per cento del valore di tutti i programmi. In relazione alle disponibilità residue per accordi di programma da sottoscrivere da parte delle regioni, si evidenzia che tra le più avanzate nel relativo completamento sono: Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Umbria.

In alcune realtà, quali Marche e provincia autonoma di Bolzano, è stato utilizzato il totale dei finanziamenti, un risultato virtuoso che di fatto sarebbe stato raggiunto anche dalle altre regioni che, pur avendo completato le pertinenti istruttorie presso il Ministero della salute, non hanno potuto sottoscrivere gli accordi esclusivamente per carenza di assegnazioni finanziarie nell'ambito del bilancio dello Stato.

Viceversa, molte delle regioni centro-meridionali (Lazio, Abruzzo, Puglia, Molise, Calabria, Campania, Siciliana e Sardegna) non solo hanno sottoscritto accordi di programma in misura percentuale significativamente inferiore alle quote assegnate, ma risultano anche in ritardo nel completamento delle procedure istruttorie che consentirebbero l'accesso alle consistenti disponibilità finanziarie residue.

Singolari sono i casi delle regioni Campania e Lazio che, negli anni 1999-2016, hanno entrambe sottoscritto due soli accordi di programma (in data 28 dicembre 2000 e 2 aprile 2015 la Campania e in data 22 settembre 2000 e 28 novembre 2015 il Lazio) e potrebbero pertanto ancora utilizzare circa il 68 per cento delle risorse disponibili, pari, per la

Campania, a circa 1.187.000.000 euro e, per il Lazio, a circa 563.000.000 euro (cfr. tab. n. 6).

Tabella n. 6 - Quadro regionale delle risorse destinate ad accordi di programma

PROGRAMMA PLURIENNALE DI INVESTIMENTI NELLA SANITÀ (ART. 20 LEGGE N. 67/1988) MONITORAGGIO ACCORDI DI PROGRAMMA					
REGIONI	RISORSE DESTINATE AD ACCORDI DI PROGRAMMA	VALORE DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA SOTTOSCRITTI AL 2016	RISORSE RESIDUE PER ACCORDI DI PROGRAMMA DA SOTTOSCRIVERE	RISORSE AMMESSE A FINANZIAMENTO A VALERE SUGLI ACCORDI DI PROGRAMMA	NUMERO INTERVENTI AMMESSI A FINANZIAMENTO
	A	b (*)	c=a-b	d	E
Piemonte	1.049.050.970,75	671.405.557,03	377.645.413,72	669.987.453,81	151
Valle d'Aosta	43.750.726,69	43.750.726,69	0,00	43.750.726,69	8
Lombardia	2.072.650.893,53	1.891.792.026,44	180.858.867,09	1.891.790.977,12	206
P.A. Bolzano	115.118.394,47	115.118.394,47	0,00	67.688.907,21	7
P.A. Trento	120.681.208,66	93.494.437,81	27.186.770,85	93.494.437,53	11
Veneto	1.036.274.367,52	1.036.274.367,49	0,03	961.379.912,60	231
Friuli-Venezia Giulia	291.309.045,34	240.080.143,58	51.228.901,76	240.080.143,59	7
Liguria	493.575.788,73	424.475.341,93	69.100.446,80	424.475.331,91	225
Emilia-Romagna	947.129.466,77	947.129.466,66	0,11	871.488.345,77	248
Toscana	877.519.531,08	877.519.531,08	0,00	803.218.169,50	138
Umbria	138.243.376,26	107.675.401,14	30.567.975,12	107.674.577,42	36
Marche	325.518.745,14	325.190.232,89	328.512,25	325.190.232,87	119
Lazio	1.227.197.342,08	663.925.962,66	563.271.379,42	660.151.119,59	195
Abruzzo	359.623.125,67	131.100.370,06	228.522.755,61	119.249.843,76	54
Molise	127.704.610,91	27.400.391,75	100.304.219,16	27.400.391,75	10
Campania	1.721.752.226,57	535.491.999,87	1.186.260.226,70	535.491.999,87	45
Puglia	1.204.450.339,41	640.229.424,91	564.220.914,50	640.229.424,91	126
Basilicata	203.662.954,87	203.662.954,86	0,01	130.168.830,16	56
Calabria	608.640.239,97	350.145.425,09	258.494.814,88	339.592.975,80	26
Sicilia	1.774.433.072,60	971.302.747,82	803.130.324,78	971.302.747,82	215
Sardegna	547.671.940,89	303.792.695,87	243.879.245,02	303.657.959,29	199
TOTALE	15.285.958.367,91	10.600.957.600,10	4.685.000.767,81	10.227.464.508,97	2.313

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della salute.

(*) Nella colonna b sono compresi anche gli accordi sottoscritti a novembre 2016 (Veneto, Emilia-Romagna, Toscana).

Gli accordi di programma già sottoscritti, come dalla succitata tabella, sono complessivamente:

- 61 nel periodo 1999-2012;
- 15 nel periodo 2013-2016.

Attualmente, gli accordi di programma in fase di approvazione sono due: uno per il Lazio e l'altro per la Puglia e sono entrambi in fase istruttoria presso l'Ufficio VII del Ministero della salute. Da un'analisi integrata dei finanziamenti assegnati per i complessivi 76 accordi

di programma sottoscritti dalle regioni negli anni dal 1999 al 2016, si evidenziano le seguenti situazioni antitetiche.

La capacità programmatica di alcune regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana) è stata virtuosa, tant'è che fin dal 1999 esse hanno immediatamente sottoscritto accordi strategici in grado di garantire l'impegno di circa il 30 per cento delle risorse finanziarie della seconda fase ed è stata, peraltro, evidenziata anche dal non aver sostanzialmente subito revoche nel tempo); di converso, si può notare, nella tabella che segue, l'inadeguata capacità di pianificazione di altre regioni (Abruzzo, Molise, Puglia, Calabria) che hanno sottoscritto i primi accordi solo a distanza di ben cinque anni dall'avvio della programmazione negoziata.

La differente capacità programmatica delle regioni non è strettamente connessa alle fisiologiche sottodotazioni organiche di alcune di esse, quanto piuttosto alle mancate attività di verifica circa l'andamento delle attività realizzative degli interventi; attività che dovrebbero essere finalizzate anche ad individuare il personale in possesso di profili professionali idonei a sovrintendere le varie fasi tecnico-amministrative afferenti la corretta esecuzione degli interventi.

Ciò in un'ottica di "leale collaborazione" con il ministero, intesa ad evitare la revoca dei finanziamenti o la realizzazione delle opere in tempi eccessivamente lunghi.

Tabella n. 7 - Regioni: capacità di sottoscrizione degli accordi

Regione	1° accordo di programma	Importo totale in euro
Abruzzo	14/10/2004	5.244.307,88
Basilicata	19/01/2000	52.010.824,94
Calabria	16/12/2004	64.301.646,72
Campania	28/12/2000	1.168.693.578,78
Emilia-Romagna	23/12/1999	695.463.442,60
Friuli-Venezia Giulia	28/01/2002	198.103.570,27
Lazio	22/09/2000	795.531.723,64
Liguria	27/07/2000	235.669.612,19
Lombardia	03/03/1999	718.984.955,61
Marche	18/06/2000	234.484.033,73
Molise	03/02/2005	12.392.518,63
Piemonte	06/09/2000	984.908.612,95
Prov. aut. di Bolzano	18/04/2001	81.866.800,08
Prov. aut. di Trento	14/06/2000	83.282.806,63
Puglia	27/05/2004	287.000.000,00
Sardegna	29/03/2001	352.572.302,20
Sicilia	30/04/2002	1.162.817.685,55
Toscana	03/03/1999	465.447.484,08
Umbria	15/03/2000	47.761.934,03
Valle D'Aosta	18/04/2001	37.077.990,16
Veneto	22/06/2000	438.586.560,76

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della salute.

6. L'evoluzione delle procedure

Muovendo dalla convinzione che determinate esigenze di una comunità possano essere maggiormente comprese e soddisfatte da un ente locale piuttosto che a livello centrale, il legislatore ha stabilito nuove regole procedurali in relazione agli investimenti necessari per farvi fronte.

Dopo la fase iniziale, l'evoluzione di tali procedure per il Ministero ha dato origine ad una programmazione negoziata caratterizzata da un percorso condiviso, che si concretizza nella sottoscrizione di accordi di programma con le regioni, allo scopo di assicurare una relazione pertinente tra le risorse finanziarie, i modelli di offerta dei servizi e i bisogni di salute delle comunità.

Nell'attuale seconda fase del programma, in una logica di miglioramento del quadro operativo, sono state modificate le procedure di definizione dei programmi regionali per gli investimenti in sanità e sono state semplificate le modalità di presentazione delle richieste per la fruizione dei finanziamenti, anche recuperando specifiche procedure già validamente utilizzate dal Cipe.

Gli accordi di programma oggi dovrebbero definire le strategie di programmazione per la realizzazione di interventi coerenti con gli obiettivi da raggiungere e con la sostenibilità economica e finanziaria individuata. Strategie, obiettivi, interventi e fonti di finanziamento dovrebbero essere sistematizzati nel documento programmatico regionale.

Per i singoli interventi si richiedono perciò, da parte del Ministero della salute, apposite schede tecniche, nelle quali devono essere indicati i dati necessari per la loro classificazione e per la conoscenza previsionale dei tempi e dei costi per l'attuazione.

Le schede tecniche devono essere compilate e trasmesse dalle regioni all'Osservatorio per gli investimenti pubblici in sanità che costituisce lo specifico sistema informativo per la raccolta e l'elaborazione dei dati obbligatoriamente ad esso conferiti. Infatti, la Cabina di regia, organo di coordinamento e controllo delle fasi di attuazione del Nuovo sistema informativo nazionale (Nsis), in base all'accordo-quadro sancito in Conferenza Stato-regioni del 22 febbraio 2001, al fine di garantire un'efficace politica d'impiego dei fondi pubblici destinati agli investimenti in sanità, ha approvato, nel giugno 2003, lo studio di fattibilità del sistema Osservatorio, confermato poi nel successivo accordo Stato-regioni del 28 febbraio 2008, sia con riferimento agli accordi di programma in corso già approvati o iniziati, sia con riferimento ai nuovi accordi da definirsi, in quanto "condizione necessaria" per la

loro sottoscrizione.

Fin dalla sua origine, l'Osservatorio ha avuto l'obiettivo di divenire strumento di supporto alle decisioni dei diversi attori del Servizio sanitario nazionale, in particolare Ministero della salute, regioni/province autonome e aziende sanitarie nonché al Ministero dell'economia e delle finanze, sulla base dell'acquisizione strutturata e sistematica dei dati relativi alla gestione degli investimenti e in virtù dell'integrazione con i dati relativi al monitoraggio della rete di assistenza e al monitoraggio dei costi.

L'attuale iter delle procedure è quindi il seguente: le regioni trasmettono al Ministero della salute, Direzione generale della programmazione, la documentazione relativa all'accordo di programma da stipulare, che si compone di un protocollo d'intesa, di un documento programmatico, dell'articolato contrattuale e delle schede tecniche relative ai singoli interventi che sarà poi sottoposta alla valutazione del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici.

Acquisito il parere del Nucleo, la documentazione viene condivisa con il Ministero dell'economia e delle finanze e, di concerto, trasmessa alla Conferenza Stato-regioni per la formalizzazione dell'intesa.

Dopo la fase di avvio, tra il 1999 ed il 2002, in cui sono state impegnate la maggior parte delle risorse finanziarie, si sono registrati due periodi di prolungata interruzione nella stipula degli accordi (24 mesi, tra maggio 2002 e maggio 2004, e 15 mesi, tra gennaio 2006 e aprile 2007).

È quindi possibile una distinzione degli accordi di programma nei quattro seguenti gruppi:

a. Accordi iniziali (marzo 1999-maggio 2002)

Questi accordi sono stati sottoscritti da 17 regioni e province autonome, a valere sull'assegnazione finanziaria principale. Si tratta di accordi stipulati in presenza di disponibilità consistenti, rispetto alle quali le parti si sono indirizzate verso l'impegno di bilancio formale piuttosto che verso l'effettiva possibilità di utilizzazione delle risorse.

b. Primi accordi delle regioni ritardatarie e primi accordi integrativi (maggio 2004-gennaio 2006)

Questi accordi sono stati sottoscritti da 4 regioni che al 2004 non avevano ancora utilizzato le risorse precedentemente assegnate dalla citata delibera Cipe n. 52/98, nonché da 9 delle 17 regioni e province autonome che già avevano stipulato un accordo e che sono state in grado di utilizzare anche le risorse residue della citata delibera e le ulteriori risorse assegnate.

Si tratta di accordi di più facile gestione, stipulati su disponibilità inferiori a quelle del primo periodo e che hanno riguardato un minor numero di interventi.

c. Accordi integrativi sottoscritti dopo le modifiche della Finanziaria 2006 (aprile 2007-giugno 2010)

Questi accordi sono stati sottoscritti da 17 regioni ed hanno consentito l'utilizzazione delle risorse assegnate nel 2002 e nel 2007. Essi sono stati positivamente influenzati dall'introduzione dei meccanismi sanzionatori di revoca e dalla Mexa, la metodologia per la valutazione *ex ante* del Ministero della salute di cui si dirà in seguito, che hanno indotto un'accelerazione dei processi di realizzazione.

d. Gli accordi di programma ammessi al finanziamento, afferenti parte della seconda fase (dal 2011 al 2016) sono stati 15 ed hanno consentito di realizzare 211 interventi che sono oggetto della presente indagine. Complessivamente, le attività avviate alla data del 31 maggio 2016 ammontano a 2.307.

In particolare, gli interventi hanno riguardato: 29 “servizi territoriali”, 2 “Rsa” (residenze sanitarie assistenziali), 104 “opere in ospedali”, 39 “tecnologie in ospedali”, 21 “messe a norma dei servizi generali ospedalieri”, 6 “sistemi informativi dei servizi generali ospedalieri”, 6 “servizi generali ospedalieri”, 3 “progetti di rilievo regionale” e 1 “*hospice*” (cfr. all. 1).

Di tali interventi, soltanto il 7 per cento è stato completamente realizzato (15 interventi), per il 68 per cento (145 interventi) le opere sono ancora da iniziare, mentre per il 25 per cento le opere sono in corso di esecuzione (51 interventi).

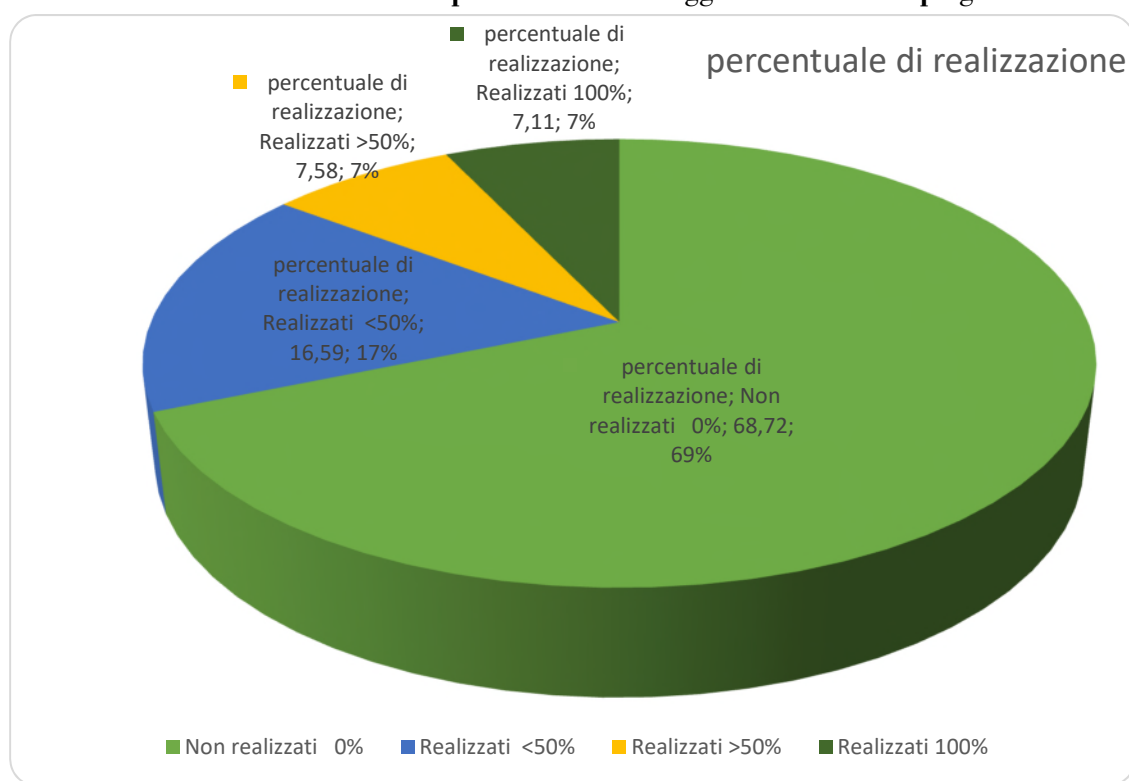
Nella tabella e nel grafico che seguono sono meglio indicati anche i relativi stati di avanzamento.

Tabella n. 8 - Stato di avanzamento degli interventi oggetto di accordi di programma

Accordi di programma	Adp: percentuale di realizzazione	Interventi	Percentuale di realizzazione
Non realizzati 0%	0%	145,00	68,72
Realizzati <50%	< 50%	35,00	16,59
Realizzati >50%	> 50%	16,00	7,58
Realizzati 100%	100%	15,00	7,11
Totale		211,00	100,00

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati forniti dal Ministero della salute.

Grafico n. 1 - Stato di avanzamento per 211 interventi oggetto di accordi di programma



Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati forniti dal Ministero della salute.

A tutt'oggi, come detto in precedenza, devono essere ancora ripartite risorse finanziarie pari a 820 milioni, al fine di completare il quadro complessivo del programma straordinario. Da rilevare, purtroppo, che nella manovra di bilancio per l'anno 2016, il capitolo specifico è stato addirittura ridotto di 206 milioni¹⁴.

¹⁴ Riduzione concordata fra lo Stato e le regioni con l'intesa avvenuta in data 11 febbraio 2016.

Ciò nonostante, alla luce del d.m. 2 aprile 2015, n. 70, il Ministero della salute, con lo scopo di ridurre la spesa pubblica in materia di dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente posti a carico del Servizio sanitario regionale, sta ancora attendendo l'atto di programmazione della rete ospedaliera da parte di alcune regioni.

Nel rispetto dei nuovi *standard* qualitativi, strutturali e tecnologici, la “nuova” rete ospedaliera, come regolamentata col decreto succitato, in sostanza, dovrà assicurare la presa in carico delle cronicità e la contemporanea riduzione degli accessi impropri ai pronto-soccorso e degli inappropriati ricoveri ospedalieri.

In altri termini, con tale decreto si è inteso programmare una riqualificazione sostenibile dei servizi regionali, prevedendo un modello di cooperazione tra le strutture erogatrici che devono avere ruoli specifici e strutturati secondo livelli gerarchici definiti in base a caratteristiche *standard* quali: i bacini di utenza, i volumi di attività erogati, gli esiti delle cure, ecc.

L'attuazione di tali principi dovrà essere oggetto di monitoraggio da parte di un apposito Tavolo istituito con d.m. 29 luglio 2015 nell'ambito della Direzione generale della programmazione sanitaria-Ufficio III, “Qualità, rischio clinico e programmazione ospedaliera”.

Gli adempimenti regionali, contenuti in una specifica circolare del 25 febbraio 2016, si concretano nella trasmissione al suddetto Tavolo di verifica ministeriale e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea, del documento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri a carico del Servizio sanitario nazionale e del Piano concernente il fabbisogno di personale con le relative modalità organizzative tali da garantire il rispetto delle norme Ue in materia di articolazione dell'orario di lavoro.

A seguito dei lavori da parte del Tavolo di monitoraggio, al mese di dicembre 2016, è stato evidenziato come solo l'Abruzzo e l'Umbria avessero completato la loro istruttoria; invece, la Calabria, l'Emilia-Romagna, la Liguria, il Piemonte, la Puglia, la Regione siciliana e il Veneto risultano aver completato l'istruttoria, condizionata però alla positiva verifica dei ministeri interessati (verifiche in corso di completamento ai tavoli congiunti: tavolo di verifica ministeriale e Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea).

Inoltre, l'istruttoria per la Basilicata deve essere ancora avviata, mentre per le regioni

Marche, Toscana, Campania, Lazio, Lombardia, Molise e Sardegna è in fase di completamento.

7. Le criticità oggettive

Gli accordi di programma sottoscritti, a seguito dell'istruttoria svolta, mostrano specifiche criticità che si possono sinteticamente così riassumere.

a) Criticità scaturenti dal quadro normativo

I pagamenti, nella maggior parte dei casi, hanno avuto inizio almeno due anni dopo l'impegno finanziario connesso alla stipula dell'accordo.

Il quadro normativo prevede, infatti, che dalla sottoscrizione dell'accordo, le regioni abbiano diciotto mesi di tempo per avanzare la richiesta di finanziamento e, successivamente, altri nove mesi per bandire la gara di appalto e procedere all'aggiudicazione¹⁵.

Conseguentemente, soltanto trascorsi complessivamente 27 mesi possono iniziare i lavori.

Può accadere che le regioni non riescano a richiedere puntualmente il finanziamento nei termini di legge, per cui è previsto si possa ottenere anche una proroga per l'aggiudicazione. Si evidenzia che nel quinquennio (2006-2010) le proroghe hanno riguardato ben 177 interventi, mentre dal 2012 ad oggi esse sono diminuite e concernono solamente 63 interventi, con motivazioni che si fondano generalmente sulla complessità delle procedure di gare di appalto e sulle recenti novità normative in materia (antincendio e nuovo codice appalti).

In sede di audizione, l'apparente lungo lasso temporale pari ad almeno cinque anni per la realizzazione di un intervento è stato asserito, dai rappresentanti del Ministero, come congruo in relazione alla sovente complessità delle opere generalmente costituite da grandi e importanti infrastrutture ospedaliere.

¹⁵ Art. 1, c. 310, l. n. 266/2005.

b) Criticità di *governance*

Il programma di investimenti “straordinario”, così come previsto dalla normativa oggetto della presente indagine, non ha assicurato, né consentito, una programmazione congrua ed appropriata delle risorse finanziarie messe a disposizione, attesa la disponibilità differita nel tempo delle risorse occorrenti, al fine di offrire una risposta significativa alle esigenze sanitarie dal Paese, comprese quelle della messa in sicurezza e dell’adeguamento alle prescrizioni antisismiche delle diverse strutture ospedaliere, tenendo conto dei fabbisogni sanitari territoriali.

c) Criticità “di sistema”

Tali criticità afferiscono alla programmazione regionale e aziendale nonché all’organizzazione dei servizi sanitari che, a volte, registrano lunghi tempi di:

- progettazione degli interventi fino alla cantierabilità,
- realizzazione degli interventi fino al collaudo,
- messa in opera degli interventi dopo il collaudo.

d) Criticità “di contesto”

Esse riguardano il patrimonio immobiliare e sanitario per il quale il Ministero stipula accordi di programma non solo per le nuove edificazioni di strutture ospedaliere e territoriali, ma anche per la manutenzione straordinaria delle stesse.

Per la realizzazione di nuovi interventi nel piano finanziario delle regioni può concorrere il controvalore per la dismissione di vecchie strutture, spesso sopravvalutate rispetto alle reali potenzialità del mercato. In passato, per tali immobili le stime di congruità erano effettuate dall’Agenzia del demanio.

Ad esempio, nel caso dell’accordo di programma relativo alla costruzione di cinque nuovi ospedali di media assistenza (strutture dotate di un numero di posti letto oscillante tra i 250 e i 300 da costruire nelle sedi periferiche di Sulmona, Vasto, Giulianova, Lanciano e Avezzano) che doveva essere realizzato, per un importo pari a 240 milioni, da parte della Regione Abruzzo, la valutazione delle strutture da dismettere per cofinanziare l’accordo è apparsa decisamente eccessiva per una realistica programmazione sì da allungare in modo smisurato i tempi di realizzazione dell’intervento; cosicché, nel caso concreto, il nucleo di valutazione del Ministero della salute è stato costretto a chiedere non solo di ridimensionare

tale quotazione, ma di ricercare contestualmente le risorse che potessero coprire la parte ritenuta in eccesso (circa 50 milioni sui 100 previsti come ricavabili dalla vendita dell'immobile in dismissione).

In conclusione, il relativo accordo di programma, seppur non sia ancora stato sottoscritto, è stato rimodulato e ridimensionato dal Ministero per realizzare soltanto tre strutture (Avezzano, Lanciano e Vasto), per un importo complessivo di 143.969.205,89 euro.

8. La disomogeneità nella distribuzione delle grandi tecnologie nelle strutture pubbliche

Nell'ambito di tutti gli accordi di programma sottoscritti con le regioni, con decorrenza dall'anno 2008, una parte di risorse finanziarie, pari al 15 per cento, è stata destinata al settore tecnologico.

La Corte costituzionale, con la sentenza n. 134 del 2006, richiamando la precedente decisione n. 88 del 2003, ha affermato che la rilevante compressione dell'autonomia regionale, che consegue alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, se attribuisce al legislatore statale un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto, esige che queste scelte, almeno nelle loro linee generali, siano operate dallo Stato, che dovrà inoltre determinare adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie.

Nella medesima sentenza si rileva che l'art. 6 del d.l. 18 settembre 2001, n. 347, (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria), quale modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405, ha disciplinato un apposito procedimento per la determinazione dei livelli essenziali, prevedendo un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Di conseguenza, è stato adottato il d.p.c.m. 29 novembre 2001.

Successivamente, l'art. 54 l. 27 dicembre 2002, n. 289, ha confermato questa procedura, specificando anche che le modifiche dei Lea individuati negli allegati del d.p.c.m. 29 novembre 2001 sono definite con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, d'intesa

con la Conferenza Stato-regioni. Va da sé che, correlata alla garanzia di tutela dei Lea, sia la previsione di una omogeneità di apparecchiature medico-sanitarie su tutto il territorio nazionale.

Nell'ultimo triennio, gli investimenti in sanità si sono ridotti di oltre il 38 per cento, così come evidenziato anche dalle Sezioni riunite in sede di controllo di questa Corte, nell'audizione presso le Commissioni congiunte bilancio della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica¹⁶ in relazione alle misure correttive di cui al d.l. 24 aprile 2017, n. 50, recante: “Disposizioni urgenti in materia finanziaria, iniziative a favore degli enti territoriali, ulteriori interventi per le zone colpite da eventi sismici e misure per lo sviluppo (A.C. 4444)”. Inoltre, in base ad una recente analisi del Ministero della salute, sono oltre il 30 per cento le grandi apparecchiature ancora in esercizio aventi un'età superiore ai dieci anni e, per le quali, guardando ai tempi medi di obsolescenza, vi sarebbe necessità di sostituzione.

L'invecchiamento oltre il limite previsto per l'adeguatezza tecnologica delle strutture incide, inevitabilmente, sui tempi di indisponibilità delle apparecchiature per l'aumento dell'incidenza dei guasti, nonché sui tempi di degenza ospedaliera, sui tempi di smaltimento delle liste d'attesa e sui costi di esercizio per manutenzione ed energia.

Nella sottostante tabella è evidenziata la distribuzione delle grandi attrezzature (acquistate non solo sulla base dei finanziamenti ex art. 20 l. n. 67/1988), i cui dati sono stati rilevati dal Ministero della salute alla data del 20 settembre 2016 e sono riferiti soltanto alle strutture pubbliche, escluse quelle dei privati accreditati.

¹⁶ Audizione del 4 maggio 2017.

Tabella n. 9 - Grandi attrezzature: distribuzione regionale

DISTRIBUZIONE REGIONALE GRANDI ATTREZZATURE										
REGIONE	TAC	RMN	ACC	ROB	GCC	GTT	TAC/PET	MMI	ANG	TOTALE
Piemonte	23	13	10	2	5	1	1	8	9	72
Valle d'Aosta	2	3	1	-	-	-	1	-	-	7
Lombardia	134	81	44	7	43	15	17	120	96	557
Veneto	72	57	24	6	17	8	6	48	31	269
Friuli-Venezia Giulia	9	4	2	-	2	2	-	3	5	27
Liguria	29	23	11	2	7	1	3	10	6	92
Emilia-Romagna	84	52	27	3	17	11	11	88	46	339
Toscana	88	48	26	9	25	5	9	10	8	228
Umbria	23	13	8	3	6	1	3	25	11	93
Marche	36	23	11	1	11	1	4	7	2	96
Lazio	93	54	28	3	21	2	6	28	17	252
Abruzzo	28	11	6	2	9	-	2	18	6	82
Molise	7	3	-	-	4	-	1	-	-	15
Campania	46	15	10	3	11	2	4	2	-	93
Puglia	73	33	15	2	14	5	8	78	24	252
Basilicata	15	9	3	1	5	2	2	13	8	58
Calabria	19	10	3	-	3	2	3	1	3	44
Sicilia	96	46	18	1	22	5	7	9	7	211
Sardegna	31	20	7	2	5	3	3	26	10	107
TOTALE	908	518	254	47	227	66	91	494	289	2.894

Fonte: dati Ministero della salute.

Legenda

Tac: Tomografi assiali computerizzati; Rob: Sistemi robotizzati per chirurgia endoscopiche; Gcc: Gamma camere computerizzate; Gtt: Sistemi Tac/Gamma Camera; Tac/Pet: Sistemi Tac/Pet; Mmi: Mammografi; Ang: Angiografi. Rmn: Tomografi a risonanza magnetica; Acc: Acceleratori lineari.

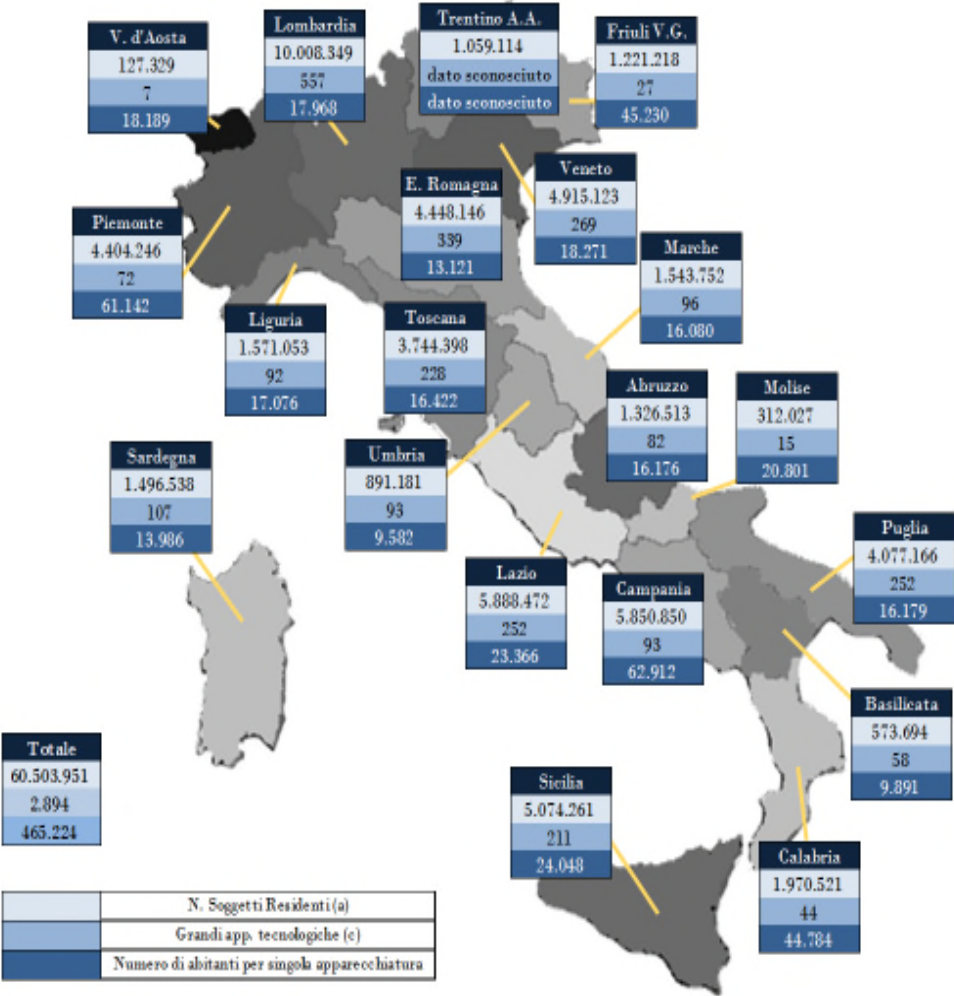
Nella successiva tabella si riportano, per singole regioni, le risorse destinate dai singoli accordi di programma per il settore delle grandi apparecchiature in rapporto al numero degli abitanti residenti e l'incidenza in euro dell'investimento *pro capite*. Dalla stessa emerge che, su un totale complessivo di 2.894 grandi apparecchiature, ben 1.165 sono concentrate in sole tre regioni (Lombardia, Veneto e Emilia-Romagna), le quali detengono perciò oltre il 40 per cento di tutto il patrimonio diagnostico-sanitario del Paese.

Tabella n. 10 - Distribuzione delle grandi apparecchiature sul territorio nazionale rispetto al numero dei residenti per singole regioni

Regione	N. abitanti (a)	Risorse per accordi di programma (b)	Grandi app. tecnologiche (c)	Numero di abitanti per singola apparecchiatura	Ripartizione regionale delle risorse (% sul totale)	Importo <i>pro capite</i> in euro (b)/(a)
Val d'Aosta	127.329	43.750.727	7	18.189	0,28	343
Piemonte	4.404.246	1.049.050.971	72	61.142	6,86	238
Lombardia	10.008.349	2.072.650.894	557	17.968	13,55	207
Trentino	1.059.114	235.799.602	dato sconosciuto	dato sconosciuto	1,54	223
Veneto	4.915.123	1.036.274.368	269	18.271	6,77	210
Friuli-V. G.	1.221.218	291.309.045	27	45.230	1,90	239
Liguria	1.571.053	493.575.789	92	17.076	3,22	314
Emilia-Romagna	4.448.146	947.129.467	339	13.121	6,19	213
Toscana	3.744.398	877.519.531	228	16.422	5,74	234
Marche	1.543.752	325.518.745	96	16.080	2,12	211
Umbria	891.181	138.243.376	93	9.582	0,90	155
Lazio	5.888.472	1.227.197.342	252	23.366	8,02	208
Abruzzo	1.326.513	359.623.126	82	16.176	2,35	271
Molise	312.027	127.704.611	15	20.801	0,83	409
Campania	5.850.850	1.721.752.227	93	62.912	11,26	294
Puglia	4.077.166	1.204.450.339	252	16.179	7,87	295
Basilicata	573.694	203.662.955	58	9.891	1,33	355
Calabria	1.970.521	608.640.240	44	44.784	3,98	309
Sicilia	5.074.261	1.774.433.073	211	24.048	11,60	350
Sardegna	1.496.538	547.671.941	107	13.986	3,58	366
Totale	60.503.951	15.285.958.368	2.894	20.906	100	253

Fonte: dati Istat e Ministero della salute.

Grafico n. 2 - Distribuzione delle grandi apparecchiature sul territorio nazionale e medie rispetto al numero dei residenti per singole regioni



Dalla lettura dei dati riportati nelle tabelle 9 e 10 si può rilevare come, nella seconda fase di attuazione del Programma straordinario degli investimenti in sanità, la ripartizione delle risorse dedicate dal Ministero non appare improntata al riequilibrio territoriale delle grandi apparecchiature diagnostiche, certamente rilevanti ai fini dei Livelli essenziali di assistenza (Lea).

Gli elementi informativi denotano ancora un sensibile divario tra le regioni del Nord e quelle del Centro-Sud, specie se analizzati nei loro valori assoluti (avendo riguardo unicamente alla consistenza numerica).

Destano perplessità le sole sette Tac e le tre apparecchiature di risonanza magnetica attualmente presenti nella Regione Molise, la quale è addirittura priva di acceleratori

lineari, di mammografi, di angiografi e di sistemi robotizzati per chirurgie endoscopiche (di cui, però, sono dotate le limitrofe regioni Lazio, Abruzzo, Campania e Puglia).

La situazione, tuttavia, appare sensibilmente diversa se, dai valori assoluti, si passa a quelli relativi, che tengono conto, cioè, della densità numerica dei residenti nelle singole regioni. Da tale analisi viene a delinearsi uno scenario meno squilibrato per la distribuzione territoriale delle risorse strumentali disponibili.

Infatti, la Regione Molise riesce comunque ad essere in linea con la media nazionale in base alla quale nel Paese sarebbe presente una grande apparecchiatura (Tac, risonanza magnetica, ecc.) ogni 20.906 residenti.

Su questa media si attestano sia alcune regioni del Nord come la Valle d'Aosta, la Lombardia e il Veneto, ma anche alcune del Centro-Sud, come il Lazio, l'Abruzzo e la Puglia.

Le medie sono ancor più favorevoli per le regioni Umbria e Basilicata, che hanno entrambe una grande apparecchiatura ogni 9 mila residenti e non distante si attesta la Sardegna, con un esemplare ogni 13 mila abitanti.

Enormi squilibri si evidenziano per le regioni Campania e Piemonte che hanno, attualmente, una grande apparecchiatura ogni circa 60 mila residenti, e per le regioni Calabria e Friuli-V. Giulia con un macchinario per 45 mila abitanti.

Occorre constatare, a distanza di quasi trent'anni dall'introduzione della l. n. 67/1988, come il Ministero della salute, sotto il profilo quantitativo, non abbia svolto, nell'ambito degli accordi di programma sottoscritti, il ruolo di coordinamento che avrebbe consentito di realizzare una uniforme distribuzione sull'intero territorio delle grandi apparecchiature dedicate all'assistenza ospedaliera. Infatti, dalla precitata tabella n. 9 si evince chiaramente che, per esempio, in materia di acceleratori lineari, in Lombardia ve ne sono 44 installati, mentre in Molise neppure uno. Altre disomogeneità si riscontrano nella distribuzione dei sistemi Tac/Gamma camera (Gtt), nei sistemi Tac/Pet (Tac/Pet) ed in quella dei mammografi (Mmi) e angiografi (Anc).

Conseguentemente, tale disallineamento alimenta il trasferimento delle persone da una regione all'altra per ricevere una concreta risposta ai bisogni di cura sanitaria, andando inevitabilmente ad incidere sui relativi costi (basti pensare il solo trasferimento di un soggetto da un ospedale all'altro per l'assenza della specifica attrezzatura diagnostica).

Va segnalato che, nella fase *ex ante* di definizione degli accordi di programma, si è

stabilito, genericamente ed in modo uniforme, che (dal 2008) solamente la percentuale pari al 15 per cento dei finanziamenti dovesse essere destinata al settore tecnologico, lasciando ogni determinazione operativa alla libera discrezionalità delle singole regioni, senza preventivamente stabilire quali fossero quelle che, tra tutte, presentassero necessità più ampie.

Tale criterio ha contribuito a rendere maggiormente disomogenea la distribuzione sul territorio delle strutture tecnologiche.

Non solo. È emerso ulteriormente come le criticità già evidenziate con la precedente indagine del 2011 da questa Corte siano rimaste tali soprattutto a seguito della costante carenza dell'attività di monitoraggio da parte del Ministero afferente lo stato di avanzamento dei programmi regionali, compreso l'acquisto da parte delle stesse delle grandi tecnologie diagnostiche.

Ne deriva che, a garanzia e a tutela della salute, il Ministero debba procedere non solo alla definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli *standard* qualitativi, quantitativi, strutturali e tecnologici delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera, ma anche all'esercizio di un ruolo di supervisore e di propulsore affinché la distribuzione delle grandi attrezzature di diagnostica (Tac, risonanze magnetiche, acceleratori lineari, ecc.) sia rispondente a criteri di omogeneità.

È, pertanto, auspicabile che, con le residue risorse ancora disponibili, si possano colmare tali divergenze, atteso che, ad oggi, per il settore delle grandi apparecchiature, indipendentemente dal loro livello tecnologico (dati non disponibili), l'obiettivo previsto dalla l. n. 67/1988 non è stato raggiunto.

CAPITOLO II

L'ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO

Sommario: 1. L'attività di programmazione. a) il Documento pluriennale di pianificazione (Dpp); b) la Mexa (la metodologia *ex ante*); c) il ruolo del Nucleo di valutazione; d) la valutazione dei progetti regionali; e) esiti di un'indagine a campione. - 2. L'attività di monitoraggio sull'andamento degli investimenti. - 3. I processi di revoca. - 4. Fabbisogno finanziario.

1. L'attività di programmazione

a) Il Documento pluriennale di pianificazione (Dpp)

L'art. 30 della l. 31 dicembre 2009, n. 196 (legge di contabilità e finanza pubblica), al fine di garantire la razionalizzazione, la trasparenza, l'efficienza e l'efficacia delle procedure di spesa relative ai finanziamenti in conto capitale destinati alla realizzazione di opere pubbliche¹⁷, ha delegato il Governo ad emanare uno o più decreti legislativi per darvi concreta attuazione. Conseguentemente, è stato emanato il d.lgs. 29 dicembre 2011, n. 228 che, all'art. 2, ha previsto, tra l'altro, l'istituzione del Documento pluriennale di pianificazione (Dpp).

Tale decreto obbliga ciascun ministero a predisporre il Dpp, da articolare secondo le indicazioni contenute nel d.p.c.m. del 3 agosto 2012, previa approvazione di apposite linee guida settoriali riguardanti la quantificazione dei fabbisogni oltre alla valutazione *ex ante* ed *ex post* degli interventi finanziati.

Il Dpp deve essere redatto entro il 31 ottobre e trasmesso, con le linee guida, al Cipe per la presa d'atto ai sensi dell'art. 8, c. 4, dello stesso decreto ed, entro il 31 dicembre, deve essere predisposta la relazione sullo stato di attuazione del Dpp stesso che sarà successivamente trasmesso a questa Corte (art. 10), ai fini dell'attività di referto di cui all'art. 3, c. 4, l. 14 gennaio 1994, n. 20.

Al fine di rendere ancor più agevole la predisposizione del documento, il gruppo di lavoro congiunto tra il Dipartimento per la programmazione e coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei ministri e il Dipartimento per lo sviluppo e la

¹⁷ La *ratio* di tale legge è quella di migliorare la qualità delle strutture sanitarie attraverso una complessa revisione della *governance* dei processi di pianificazione e di programmazione che assicurino la coerenza di lungo periodo e su base triennale.

coesione economica del Ministero dello sviluppo economico ha elaborato un “*vademecum*” per specificare, nel dettaglio, le indicazioni operative per la stesura delle linee guida e del Dpp, che è stato trasmesso a tutti i ministeri in data 14 aprile 2014.

Un ulteriore “*addendum al vademecum*” è stato presentato alle amministrazioni centrali il 1° aprile 2015 con l’obiettivo di offrire ulteriori spunti ed indirizzi metodologici per la predisposizione dei relativi elaborati.

Allo stato attuale, è emerso, tuttavia, che il Ministero della salute non ha ancora attuato la citata normativa e, di conseguenza, si richiama all’osservanza della stessa al fine di garantire una più efficiente ed efficace attività programmatica che possa avere rilevante ripercussione nel settore dell’edilizia e dell’ammodernamento tecnologico della sanità pubblica.

b) La Mexa (la metodologia *ex ante*)

Per la programmazione afferente l’edilizia e l’ammodernamento tecnologico della sanità pubblica, il Ministero della salute attualmente utilizza la metodologia Mexa, quale “metadocumento”¹⁸ contenente principi e criteri di carattere generale e, nel rispetto dell’autonomia delle regioni, lascia alle stesse il rilevamento dei bisogni, le analisi di contesto, la logica e la coerenza di programmazione, la definizione degli obiettivi e l’individuazione degli indicatori per la valutazione, anche in corso d’opera, dei risultati raggiunti.

Elaborato dal Nucleo interno nell’ambito delle competenze assegnate e redatto sulla base delle esperienze regionali maturate e delle metodologie e tecniche dei fondi strutturali, la Mexa intende, in sostanza, offrire alle regioni e alle province autonome uno strumento per la formulazione e la valutazione di documenti programmati, da utilizzare in una logica di processo di analisi interattivo ed iterativo, dove il supporto e le osservazioni del valutatore consentano di perfezionare il programma¹⁹.

La Mexa prevede un “indice tipo” che si articola in cinque capitoli ed è preceduto da un

¹⁸ Per “metadocumento” s’intende un documento di governo del sistema di informazioni posto alla base del processo di formulazione e valutazione dei programmi regionali.

¹⁹ “Indicazioni per la redazione del rapporto di valutazione *ex ante* dei programmi operativi 2007-2013” elaborato dal Sistema nazionale di valutazione.

riassunto esplicativo²⁰. Tale documento riporta due allegati di cui, nel primo, vi è l'indicazione delle schede di riferimento che sintetizzano la logica strategica del programma e le azioni operative, mentre, nel secondo, è riportato il dettaglio dei documenti integrativi che completano l'accordo.

I contenuti essenziali delle cinque componenti della Mexa, si possono così sintetizzare:

1. analisi socio-sanitaria e rispondenza della strategia rispetto ai bisogni identificati²¹;
2. logica e coerenza interna della strategia²²;
3. coerenza della strategia con le politiche nazionali e regionali e con quelle comunitarie²³;
4. risultati attesi e valutazione degli impatti²⁴;
5. sistemi di attuazione proposti²⁵.

Nel caso di interventi che prevedano forme di partenariato, deve essere evidenziata la modalità di attuazione delle prestazioni in capo sia alla parte privata che a quella pubblica, così come la sostenibilità delle iniziative, a partire dalle analisi di tutti quei fattori esterni al programma dell'accordo che possano influenzarlo. La sostenibilità deve essere studiata sia dal punto di vista economico-finanziario che sotto l'aspetto amministrativo-gestionale, nonché in termini di disponibilità di risorse umane, ma anche rispondere a criteri di tutela ambientale, urbanistica e di risparmio delle risorse naturali.

²⁰ Ha la funzione di fornire una visione di sintesi delle scelte e della strategia del programma (nel quale si anticipano informazioni importanti come: l'identificazione dell'accordo, il quadro finanziario, il raccordo con le esperienze maturate nel passato, etc.).

²¹ In questa sezione vengono raccolti gli studi sulla base dei quali sono stimati i bisogni e valutate le strategie da attivare per il loro soddisfacimento. Il grado di completezza e adeguatezza delle analisi facilita la comprensione, da parte del valutatore, delle scelte effettuate e della loro rispondenza alle necessità identificate.

²² In quest'ambito si verifica la ragionevolezza della programmazione sulla base delle precedenti analisi ed in coerenza con la strategia adottata e si evidenziano le principali problematiche che giustificano l'intervento pubblico e che supportano la strategia del programma sottolineando le priorità, gli obiettivi e gli interventi proposti oltre a ricercare la coerenza interna della strategia ed i probabili rischi.

²³ Per tale aspetto viene esaminata la coerenza del programma nell'ambito di una strategia operativa più generale che tenga conto degli indirizzi delle politiche nazionali e regionali trasversali rispetto a quelle comunitarie sia settoriali che intersettoriali nel rispetto degli altri programmi e delle diverse politiche che operano nello stesso territorio/settore al fine di evidenziarne la coerenza o la possibile duplicazione di iniziative.

²⁴ Si descrivono i risultati che si attendono dall'attuazione del programma oggetto dell'accordo e si individuano i fattori che dovranno essere osservati nel lungo periodo al fine di valutarne gli effetti indiretti e i relativi impatti.

²⁵ Trovano illustrazione i sistemi e i criteri prospettati o prescelti per la gestione ed il monitoraggio del programma d'investimenti oggetto dell'accordo descrivendo i presupposti necessari per l'implementazione della gestione degli interventi previsti sia dal punto di vista organizzativo, che da quello finanziario, economico e sociale.

La Mexa (che prevede il mero confronto tra indicatori) non appare certamente sufficiente a valutare l'effettivo impatto dell'intervento di programmazione e, al fine di garantire una corretta valutazione *ex post* degli investimenti effettuati, il Ministero ha anticipato a questa Corte la redazione di un ulteriore documento denominato “nuova Mexa”²⁶, che deve essere ancora condiviso dalle regioni e che dovrebbe prevedere una semplificazione della metodologia delle analisi propedeutiche mirata a definire il giusto ruolo della programmazione regionale in materia di servizi sanitari e socio-sanitari, considerando anche lo stato di conservazione e consistenza delle strutture del patrimonio edilizio pubblico, secondo una logica di razionalizzazione del patrimonio stesso e di valutazione dei relativi costi di gestione.

Inoltre, è previsto un progetto per realizzare specificamente, all'interno del sistema di garanzia di cui all'art. 9 d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56, una sezione dedicata alla valutazione degli investimenti effettuati in ambito sanitario.

Nella tabella n. 11 si riporta un prospetto di sintesi con le proposte di semplificazione e di adeguamento che dovrebbero essere apportate al documento originale. Nella colonna di sinistra si specificano le componenti chiave della Mexa attuale, così come attualmente previste, mentre in quella di destra si illustra il “nuovo indice” in base al quale dovranno essere formulati i futuri documenti programmatici.

²⁶ Attualmente è all'esame dell'Ufficio di gabinetto del Ministero della salute.

Tabella n. 11 - La nuova Mexa

MEXA	
INDICE MEXA ATTUALE	PROPOSTA DI SEMPLIFICAZIONE E ADEGUAMENTO
0. RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA	Inserita la conformità al regolamento (d.m. n. 70/2015); riorganizzazione delle reti per struttura, specialità e bacini di utenza
1. ANALISI SOCIO-SANITARIA-ECONOMICA E RISPONDEZZA DELLA STRATEGIA RISPETTO AI BISOGNI IDENTIFICATI	CAPITOLI 1, 2 e 3 UNIFICATI Bisogni, logica, coerenza e sostenibilità della strategia incentrando su:
a) Situazione del contesto e bisogni che ne conseguono	- offerta <i>ante e post operam</i>
b) Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati	- sostenibilità economico-finanziaria
2. LOGICA E COERENZA INTERNA DELLA STRATEGIA	- efficientamento energetico
a) Obiettivi del programma	
b) Coerenza interna della strategia	
3. COERENZA DELLA STRATEGIA CON LE POLITICHE NAZIONALI E REGIONALI E CON LE STRATEGIE COMUNITARIE	
a) Coerenza con la programmazione settoriale ed inersetoriale	
b) Sostenibilità degli interventi	
4. RISULTATI ATTESI E VALUTAZIONE DEGLI IMPATTI	CAPITOLI 4 e 5 SEMPLIFICARE
a) Sistemi di indicatori	monitoraggio del programma:
b) Impatti del programma	pochi ma significativi indicatori misurabili
5. SISTEMI DI ATTUAZIONE PROPOSTI	
a) Presupposti e sistemi di gestione del programma b) Sistemi di monitoraggio del programma PRIMO ALLEGATO: SCHEDE DI RIFERIMENTO - Matrice del quadro logico - Analisi Swot - Scheda obiettivi/indicatori/interventi - Sintesi delle informazioni per autovalutazione SECONDO ALLEGATO: DOCUMENTI INTEGRATIVI - Articolato - Schede tecniche	ALLEGATO: eliminazione del quadro logico e dell'autovalutazione

Fonte: dati Ministero della salute.

c) Il ruolo del Nucleo di valutazione

Il Nucleo di valutazione degli investimenti svolge un'attività di rilevazione preventiva di tutte le criticità afferenti le dinamiche di sviluppo e di realizzazione dei progetti all'interno dei contesti regionali, ma anche *sub* regionali, poiché enti territoriali molto piccoli (come ad esempio il Molise), non potendo esprimere tutte le risposte assistenziali sul proprio territorio, possono rivolgersi alle regioni limitrofe per avere un adeguato sostegno.

Va precisato che il Nucleo, in questo senso, ponendo dei vincoli alla programmazione delle regioni, anche alla luce del d.m. n. 70/2015, dovrebbe orientare gli investimenti verso una coerente proporzionalità tra l'assistenza ospedaliera e quella sul territorio.

Da ultimo, in materia di valutazione sul patrimonio (immobiliare, strumentale e non strumentale), teso al risparmio energetico ed alle problematiche dell'antincendio, il Nucleo ha richiesto alle regioni una relazione che evidenzi le esigenze prioritarie per le quali saranno

impiegate le rimanenti e le limitate risorse (90 milioni) stanziare sul capitolo oggetto della presente indagine.

Per quanto riguarda il settore antisismico, il Nucleo ha stimato approssimativamente in non meno di 3 miliardi di euro lo stanziamento necessario, mentre il Ministero non è stato in grado di stabilire quali siano i fabbisogni di risorse necessarie per mettere a norma tutti gli immobili.

Per l'avvio di nuovi interventi, nonostante sia prevista l'indicazione di un codice Cup, esso non risulta essere stato ancora riportato negli archivi del Ministero e, in sede di audizione, è emerso che l'Osservatorio degli investimenti pubblici in sanità non aveva ritenuto di predisporre il campo nel sistema informativo sanitario-Nsis, perché considerato non obbligatorio per le regioni.

Tuttavia, nel rilevare che il codice Cup consente al Cipe di monitorare e controllare gli investimenti pubblici e la loro realizzazione, le argomentazioni fornite appaiono in aperto contrasto con l'art. 1, lett. d), d.lgs. 29 dicembre 2011, n. 229 su cui si tornerà successivamente.

Per quanto riguarda la gestione delle risorse del Fondo europeo di sviluppo (Fes)²⁷ da parte delle regioni, è lasciata alla loro più ampia autonomia la relativa finalità degli impieghi e che, sfuggendo ad ogni forma di controllo o monitoraggio, seppur previsto da parte della competente Direzione generale, potrebbero attuarsi, ipoteticamente, anche in aperto contrasto con le indicazioni fornite a livello centrale.

Infatti, è emerso che, nonostante il Ministero non ne fosse al corrente, il Nucleo sia venuto a conoscenza occasionalmente del completamento di un ospedale nella Provincia autonoma di Trento e di due ospedali (finanziati solo con i fondi Fes gestiti direttamente dalla Presidenza del Consiglio dei ministri) in Puglia solo a seguito della conclusione di un diverso accordo di programma.

Al fine di superare tale problematica, nella Mexa è stata prevista una parte dedicata ad “altri finanziamenti” allo scopo di far fornire tale indicazione da parte delle regioni prima che presentino le loro iniziative finanziabili con le risorse statali di cui all'art. 20 l. n. 67/1988.

²⁷ Trattasi di strumento finanziario di cooperazione allo sviluppo previsto dall'accordo di partenariato tra l'Ue e i paesi Acp, i cui beneficiari sono, per l'appunto, i 79 paesi dell'Africa sub-sahariana, dei Caraibi e del Pacifico (Acp) e i paesi e territori d'Oltremare (Ptom).

Va segnalato che, per quanto riguarda il problema della valutazione dello stato di avanzamento dei progetti, il Ministero ha evidenziato che attualmente residuano ancora numerose difficoltà riferibili alle disomogeneità ed incoerenza dei dati, nonché alle carenze nell'individuazione degli indicatori presenti nella documentazione programmatica delle regioni, le quali dovrebbero fornire un *set* di indici di valutazione afferenti il “percorso” dell'intervento, così come previsto, da ultimo, dalla Conferenza Stato-regioni del 28 febbraio 2008.

È emerso che la dotazione totale dei finanziamenti della sola seconda fase, pari a circa 19,145 miliardi, sia la risultante dei finanziamenti ripartiti nel 1998 a completamento dell'assegnazione di cui alla l. n. 67/1988 e dei successivi finanziamenti integrativi (tabelle nn. 12 e 13) e che ogni regione ha fissato preventivamente i propri indicatori e, annualmente entro il 31 marzo, con il modulo C²⁸, abbia trasmesso al Ministero gli stati di avanzamento dei lavori ed i risultati raggiunti, per la prevista valutazione degli esiti gestionali che, di fatto, non viene effettuata.

Inoltre, il Nucleo di valutazione aveva già sottolineato, con proprio rapporto del marzo 2013, che esistevano delle criticità circa gli interventi scaturenti dagli accordi di programma sottoscritti dalle regioni, che dipendevano anche da fattori esterni, quali ad esempio la lungaggine dei tempi per concludere le procedure tecnico-amministrative antecedenti la fase “esecutiva” ed i pagamenti effettivi che iniziavano, nella maggior parte dei casi, dopo almeno due anni dall'assunzione dell'impegno finanziario connesso alla stipula dell'accordo.

Anche l'avanzamento dei cantieri risultava molto lento con una durata della fase realizzativa mediamente non inferiore a cinque anni.

La situazione evidenziata in istruttoria non è per nulla migliorata, anzi si è ulteriormente aggravata se si considera che gli otto accordi del 2013, da sottoscrivere con firma digitale a pena di nullità²⁹, risultano approvati in forma cartacea determinando, in sostanza,

²⁸ Il monitoraggio dell'attuazione degli accordi di programma è disciplinato secondo il modulo “C” dell'accordo per la semplificazione delle procedure del 19 dicembre 2002, i cui contenuti vengono confermati ed integrati nel successivo accordo tra Governo, regioni e province autonome di Trento e Bolzano per “la definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi d'investimento in sanità” di cui alla Conferenza permanente del 28 febbraio 2008, ad eccezione della classificazione adottata per lo stato dei lavori che viene aggiornata con quella riportata nella scheda tecnica in allegato all'accordo stesso, che prevede la trasmissione con cadenza annuale di modelli standardizzati.

²⁹ D.l. 18 ottobre 2012, n. 179, art. 6, c. 2 (conv. dalla l. 17 dicembre 2012, n. 221).

l'incertezza sulla loro effettiva validità. Essi sono perciò rimasti inattivi (per oltre un anno) fino all'emanazione del d.l. 23 dicembre 2013, n. 145 (conv. dalla l. 21 febbraio 2014, n. 9), che, stabilendo il 30 giugno 2014 come nuova data di entrata in vigore della sottoscrizione con firma digitale, ha sanato la loro nullità.

Tabella n. 12 - Dati della Direzione generale della programmazione sanitaria-Ufficio VII. Assegnazioni

		Assegnazione art. 20 II fase del programma - Delibera Cipe n. 52 del 6/5/1998	Integrazione finanziamenti di cui alla l. n. 488/1998 per radioterapia - D.m. 28/12/2001	Integrazione finanziamenti di cui alla l. n. 388/2000 - d.m. 8/6/2001. Quota per libera professione	Integrazione finanziamenti di cui alla l. n. 388/2000 - Quota ripartita con delibera Cipe n. 65 del 2/8/2002	Integrazioni finanziamenti di cui l. n. 296/2006 (Finanziaria 2007)	Integrazione finanziamenti di cui l. n. 244/2007 (Finanziaria 2008)	L. n. 191/2009 (Finanziaria 2010)	
	TOTALE REGIONI	10.005.417.116,41	14.570.995,81	826.143.140,92	1.111.886.615,00	2.379.971.723,98	2.950.000.000,00		
Assegnazioni	Riserva enti (Ircss - Policlinici univ. a gestione diretta - Osp. classificati - Izs - Iss)	633.595.004,83	922.711,17		127.797.840,44	45.000.000,00	50.000.000,00		
TOTALE		10.639.012.121,24	15.493.706,98	826.143.140,92	1.239.684.455,44	2.424.971.723,98	3.000.000.000,00	1.000.000.000,00	19.145.305.148,56

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della salute.

Tabella n. 13 - Dati della Direzione generale della programmazione sanitaria-Ufficio VII. Assegnato per linea

	Per messa in sicurezza e completamento opere iniziate - Cipe n. 53/1998	Accordi di programma Cipe n. 53/1998 - Cipe n. 85/2002 - Cipe n. 98/2008 - Cipe n. 97/2008	Programma radioterapia (l. n. 488/1998) -D.m. 28/12/2001	Programma libera professione – L. n. 388/2000 - D.m. 8/6/2001	Riserva enti (Iress - Policlinici univ. a gestione diretta - Osp. classificati - Izs - Iss) – Cipe n. 52/1998 - Cipe n. 85/2002 - Cipe n. 98/2008 - Cipe n. 97/2008	Programma Opg (l. n. 9/2012 ss. mm.)	Programma antincendio - Cipe n. 16/2013	Cnao (l. n. 190/2014 art. 1, c. 602)	Finanziamento di cui all' art. 5-bis d.l. n. 243/2016, conv. con mod. dalla l. n. 18/2017 ³⁰	Restano da ripartire	
Linee di finanziamento	1.161.317.087,49	15.285.958.367,91	15.493.706,98	826.143.140,92	856.392.845,27	60.000.000,00	90.000.000,00	30.000.000,00	100.000.000,00	720.000.000,00	19.145.305.148,57

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della salute.

³⁰ L'atto normativo che destina la quota di 100 milioni alle regioni Abruzzo, Molise, Puglia, Campania, Calabria, Basilicata e Siciliana: art. 5-bis d.l. 29 dicembre 2016, n. 243, convertito con modificazioni dalla l. 27 febbraio 2017, n. 18.

Il Ministero della salute sta provvedendo ad elaborare una proposta di riparto di tali risorse tra le regioni da sottoporre al coordinamento delle regioni.

Tabella n. 14 - Dati della Direzione generale della programmazione sanitaria-Ufficio VII. Utilizzato per linea

	Per messa in sicurezza e completamento opere iniziate - Cipe n. 53/1998	Accordi di programma Cipe n. 53/1998 - Cipe n. 85/2002 - Cipe n. 98/2008 - Cipe n. 97/2008	Programma radioterapia (l. n. 488/1998) - D.m. 28/12/2001	Programma libera professione – l. n. 388/2000 - D.m. 8/6/2001	Riserva enti (Iress - Policlinici univ. a gestione diretta - Osp. classificati – Izs - Iss) - Cipe n. 52/1998 - Cipe n. 85/2002 - Cipe n. 98/2008 - Cipe n. 97/2008	Programma Opg (l. n. 9/2012 ss. mm.)	Programma antincendio - Cipe n. 16/2013	Cnao (l. n. 190/2014 art. 1, c. 602)	Finanziamento di cui all' art. 5-bis d.l. n. 243/2016 conv. con mod. dalla l. n. 18/2017 (v. nota 30)	Restano da ripartire	
Assegnazioni	1.161.317.087,49	15.285.958.367,91	15.493.706,98	826.143.140,92	856.392.845,27	60.000.000,00	90.000.000,00	30.000.000,00	100.000.000,00	720.000.000,00	19.145.305.148,57
Risorse iscritte nel bilancio dello Stato	1.161.317.087,49	10.600.957.600,10	15.493.706,98	769.434.244,26	832.392.778,69	60.000.000,00	90.000.000,00	30.000.000,00			13.559.595.417,51
Da utilizzare e da iscrivere in bilancio	-	468.500.076,81		56.708.896,66	24.000.066,58				100.000.000,00	720.000.000,00	5.585.709.731,05

Fonte: dati Ministero della salute.

d) La valutazione dei progetti regionali

Fino al 2013, nel documento programmatico regionale doveva essere evidenziata la possibilità di avvalersi di strumenti di georeferenziazione delle strutture sanitarie e degli strumenti tecnologici utilizzati, in grado di fornire importanti informazioni in ordine alle caratteristiche strutturali dell'intera rete di erogazione dell'assistenza sanitaria.

Il Nucleo di valutazione aveva focalizzato specificatamente le possibilità offerte dall'adozione di tali sistemi che le regioni più avanzate già utilizzavano in relazione al censimento del patrimonio, sia per una lettura più trasparente degli assetti *ante* e *post operam*, sia per sostenere la motivazione di scelte strategiche o puntuali.

Pertanto, per lo stesso anno 2013, era stato preso a modello uno studio condotto dall'Ufficio di statistica del ministero per l'analisi sul territorio nazionale dell'offerta relativa, ad esempio, agli acceleratori lineari (Ali) per la radioterapia, dislocati nelle strutture ospedaliere e territoriali, pubbliche e private accreditate.

L'osservazione era stata effettuata sulla base di dati che il Sisn rilevava periodicamente per le strutture sanitarie, per le apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura e per l'attività di ricovero, nonché sui dati cartografici e demografici rilevati dall'Istat e su *data set* standard della rete stradale.

La tecnica di georeferenziazione aveva permesso al ministero di realizzare una mappatura della rete di offerta sanitaria e di analizzarla in correlazione alla distribuzione territoriale della popolazione e all'infrastruttura stradale che connette i diversi elementi del sistema, consentendo di ottenere informazioni rilevanti relative:

a) all'accessibilità della rete, in relazione al tempo necessario per raggiungere una struttura sanitaria che offre determinate prestazioni sanitarie;

b) alla copertura assistenziale, espressa in termini di percentuale della popolazione residente che può accedere ad un determinato servizio sanitario entro un tempo predeterminato anche in funzione dello specifico bisogno di cure cui si fa riferimento;

c) al bacino di utenza di una struttura (definito come l'insieme delle zone territoriali e la relativa popolazione residente) che la prende in considerazione come prima valida opportunità, in termini di distanza temporale, per la fruizione delle prestazioni sanitarie.

Tali informazioni costituivano elementi preziosi ai fini di un'adeguata valutazione della

realtà esistente, del monitoraggio di quanto si stava realizzando, nonché della pianificazione e del supporto strategico alla programmazione degli investimenti.

Va rilevato che i dati, di estrema utilità soprattutto per l'attività di valutazione e programmazione degli investimenti, non sono stati più oggetto di aggiornamento; non solo, ma non si è colta l'occasione per sviluppare e diffondere tale metodica all'intero assetto delle infrastrutture sanitarie al fine di ottenere una visione immediata e completa dell'offerta della totalità dei servizi sanitari sul territorio che ben potrebbe consentire di individuare, in contraddittorio con le regioni, eventuali aree non adeguatamente coperte. Allo stesso tempo, il Ministero potrebbe meglio monitorare i fenomeni di mobilità *intra* ed *extra* regionale al fine anche di fronteggiare il c.d. "turismo sanitario".

Conseguentemente, la conoscenza di tali dati permetterebbe una più appropriata programmazione dell'allocazione delle grandi tecnologie nei vari contesti territoriali, in considerazione sia della fondamentale rilevanza che esse rivestono ai fini della diagnosi e della cura delle patologie, sia dell'ingente valore dell'investimento.

Di converso, è emerso che il Ministero non solo non sia in grado di conoscere quali tipi di attrezzature le varie regioni hanno acquistato con le risorse derivanti dall'art. 20 l. n. 67/1988, ma neppure i tempi di formazione del personale capace ad utilizzare operativamente le nuove apparecchiature oltre ai relativi costi specifici sostenuti.

e) Esiti di un'indagine a campione

In relazione all'acquisto ed alla utilizzazione delle grandi apparecchiature sanitarie ad alto contenuto tecnologico, allo scopo di verificare come avessero operato le singole regioni nel quinquennio 2011-2015 sulla base degli accordi di programma sottoscritti, si è provveduto, con la collaborazione dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), ad individuare, a campione, alcune aziende sanitarie che hanno acquistato tali beni. In particolare, quali beneficiari dei fondi statali ex art. 20 l. n. 67/1988, sono state selezionate:

- l'Azienda Ulss 6 Euganea-P.o. a gestione diretta di Monselice;
- l'Azienda sanitaria locale Roma 2-P.o. a gestione diretta S. Eugenio;
- l'Azienda sanitaria provinciale di Agrigento-P.o. a gestione diretta S. Giovanni di Dio;

- l'Azienda ospedaliera universitaria di Modena-Policlinico di Modena.

All'uopo è stato richiesto ai relativi direttori generali di fornire dati ed elementi dettagliati riguardanti sia l'acquisizione delle grandi apparecchiature sanitarie (data di acquisto, collaudo, messa in opera), sia la loro effettiva utilizzazione (numero di prestazioni erogate, media giornaliera di personale addetto, ecc.).

Il prospetto che segue raccoglie le principali informazioni.

Tabella n. 15 - Campione aziende sanitarie locali

CAMPIONE AZIENDE SANITARIE LOCALI				
ELEMENTI INFORMATIVI	ASL ROMA 2	ASP AGRIGENTO	ULSS 6 EUGANEA	AOU MODENA
Tipologia Tac/n. strati	64	64	128	128
Fabbricante	Philips s.p.a.	GE Healthcare	Siemens AG	GE Healthcare
Modello	tc64 brilliance	optima 660	somatom def. flash	optima 660
Data acquisto	01/01/2011	31/10/2013	24/11/2009	19/12/2014
Data collaudo	14/07/2011	27/03/2014	17/11/2014	30/03/2015
Data inizio attività impianto	10/04/2014	27/03/2014	18/11/2014	05/03/2015
Durata formazione	5	5	7	2
Composizione turni diurni	1 med/1 inf/1 trsm	1 med/1 inf/1 trsm	1 med/1 inf/1 trsm	1 med/1 inf/1 trsm
Turni	2+1 (guardia+reper)	2+1 (guardia+reper)	2+1 (guardia+reper)	2+1 (guardia+reper)
Media giornaliera personale (2 turni d.)	6	6	6	8
Prestazioni annue	2.351	2.736	8.646	13.507
Media giornaliera prestazioni	6,44	7,49	28,72	37,11
Tipologia prestazioni prevalente	interventistica	diagnostica	diagnostica	diagnostica
Giornate fermo macchina dichiarate	2	5	63	19
Distanza chilometrica da altra Tac	4	70	20	50
Presenza pronto soccorso/Dea	Dea	Ps	Ps	Dea
Costo acquisizione impianto	1.081.000	561.688	2.601.432	319.500
Costo annuo manutenzione <i>standard (full risk)</i>	72.482	53.002	106.108	61.000

Fonte: dati Agenas.

Di seguito si analizza la situazione relativa alle due aziende (allocate al Nord Italia) di Padova e Modena, che hanno ritenuto di utilizzare strategie procedurali differenti per soddisfare analoghe esigenze.

Entrambe tra la fine del 2014 e l'inizio del 2015 hanno acquistato una Tac a 128 strati, ma di società produttrici differenti: la statunitense General Electric per l'azienda ospedaliera di Modena e la tedesca Siemens per quella di Padova.

È immediatamente evidente la differenza del costo di acquisizione per i due impianti i quali dovrebbero soddisfare esigenze, comunque, assimilabili.

Inoltre, se si analizza il dettaglio delle prestazioni offerte nel 2016, si può notare il maggior utilizzo del macchinario da parte dell'Azienda di Modena rispetto a quella di Padova e, con la differenza di quasi 4.000 prestazioni, fa attestare rispettivamente a 37,11 per cento e 28,72 per cento il valore medio giornaliero di esami effettuati rispettivamente nelle due strutture.

Il responsabile dell'Assessorato alla sanità della Regione Veneto ha riferito che la Tac 128 strati della ditta Siemens Somatom def. Flash, in funzione dal novembre 2014, è stata inserita all'interno di un contratto più ampio di *project financing* stipulato, con convenzione, dall'azienda a seguito della realizzazione di un ospedale nel comune di Monselice (PD) con i fondi ex art. 20 l. n. 67/1988 e senza l'intervento del Ministero.

La struttura del contratto prevede un canone di disponibilità di otto anni, che include installazione, posa in opera in sala esame, materiale di consumo durevole (tubi radiogeni), sistemi di *post* elaborazione e manutenzione (contratto *full risk*), che ha esposto l'azienda a sopportare un onere pari a 3.450.296,00 euro. Se a tale importo si sottrae il canone annuale di manutenzione, che per otto anni ammonta a 848.864,00 euro (106.108,00 euro annui), il costo del macchinario è stato di 2.601.432,00 euro, quando in realtà tale bene ha un prezzo di listino di vendita che oscilla tra i 600 e i 900 mila euro.

L'affidamento in concessione ai privati, nel caso concreto, tramite pagamento di un canone di disponibilità, per ottenere la fornitura dell'apparecchiatura di cui sopra, non può certamente ritenersi in linea con i principi di economicità che sottendono ad una sana e corretta gestione amministrativa.

L'azienda di Modena, per converso, per una Tac simile a 128 strati, acquistata dalla General Electric (mod. Optima 660), ha speso poco meno di 320 mila euro. Tale macchinario, in definitiva, ha lavorato circa il 35 per cento in più rispetto al similare dell'Azienda Ulss 6

Euganea (PD), sopportando un costo annuo per la manutenzione *full risk* di soli di 61.000 euro (contro i 106.108 euro del macchinario Siemens).

Inoltre, non è emerso se, nella scelta operata dall'Azienda Ulss 6 Euganea (PD) sia stato rispettato il c.d. "Principio di ottimizzazione", alla luce di quanto previsto dall'art. 4 d.lgs. 26 maggio 2000, n. 187³¹, il quale prevede che tutte le dosi dovute ad esposizioni mediche per scopi radiologici, ad eccezione delle procedure radioterapeutiche, devono essere mantenute al livello più basso ragionevolmente ottenibile e compatibile con il raggiungimento dell'informazione diagnostica richiesta, tenendo conto di fattori economici e sociali.

Risultando il macchinario dell'ospedale di Monselice, acquistato nell'ambito di un Ppp sottoscritto a livello locale con parte privata, senza l'intervento del Ministero, appare opportuno trasmettere la presente relazione alla competente Sezione di controllo di Venezia per gli opportuni approfondimenti.

2. L'attività di monitoraggio sull'andamento degli investimenti

Gli stanziamenti di cui all'art. 20 l. n. 67/1988 si sono rivelati molto importanti per correlare i nuovi investimenti con le misure effettive e concrete di razionalizzazione dell'utilizzo del patrimonio esistente, atteso che le aziende sanitarie, attualmente, hanno ingenti beni immobiliari e strumentali, ma percentuali di utilizzo non sempre ottimali.

Il d.lgs. n. 229/2011³² pone l'attenzione sulla valutazione *ex ante* ed *ex post* degli interventi infrastrutturali, nonché sulle procedure di monitoraggio, anche con strumenti informatici, del livello di realizzazione delle opere finanziate, anche in parte, a carico del bilancio dello Stato.

E' fatto obbligo alle amministrazioni pubbliche di assicurare che l'opera venga corredata, ai fini dell'ottenimento dei relativi finanziamenti pubblici, del cosiddetto Codice unico di progetto (Cup), che deve figurare già nella fase di presentazione ed in tutte le successive transazioni, così come richiesto dalla l. 13 agosto 2010, n. 136 e dalla l. 27 dicembre 2002, n. 289, che prevedono l'obbligatorietà della codificazione della spesa dello Stato per garantire

³¹ Attuazione della direttiva 97/43 Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche.

³² In attuazione della l. n. 196/2009, art. 30, c. 9, lett. e), f) e g).

la rispondenza dei conti pubblici all'art. 104 del trattato istitutivo della Comunità europea³³.

Dal citato art. 28 trae origine il progetto Siope (Sistema informativo sulle operazioni degli enti pubblici), finalizzato a rilevare ed elaborare informazioni sulle riscossioni e sui pagamenti delle amministrazioni pubbliche.

Tramite il Cup³⁴, presente sul mandato informatico, è possibile perciò disporre tempestivamente delle informazioni su incassi e pagamenti delle amministrazioni pubbliche, mediante un archivio informatico gestito dalla Banca d'Italia. Le singole amministrazioni sarebbero quindi agevolate nella rilevazione dei dati necessari per la conoscenza dei flussi finanziari di loro competenza³⁵.

Il Codice unico di progetto, in sostanza, rappresenta un'etichetta stabile che identifica e accompagna un progetto d'investimento pubblico, sin dalla sua nascita, in tutti le fasi della

³³ La delibera Cipe n. 143 del 27 dicembre 2002 afferma che la responsabilità della richiesta del Cup è attribuita all'amministrazione, ovvero al soggetto titolare del progetto, cui competono l'attuazione degli interventi e l'erogazione delle relative risorse finanziarie pubbliche, destinate alla realizzazione degli interventi stessi.

Il codice Cup, che, in base a quanto stabilito dalla delibera Cipe n. 24 del 29 settembre 2004, deve necessariamente essere riportato su tutti i documenti amministrativi e contabili, cartacei ed informatici, relativi al progetto d'investimento cui esso corrisponde (atti di gara, provvedimenti di finanziamento, mandati di pagamento, ecc.) oltre che nelle banche dati dei vari sistemi informativi comunque interessati a tali progetti, deve essere richiesto, per i lavori pubblici, entro il momento dell'emissione dei provvedimenti amministrativi che ne determinano il finanziamento pubblico o ne autorizzano l'esecuzione (nel caso in cui risulti indiretto il finanziamento pubblico) mentre, per gli aiuti e le altre forme d'intervento, entro il momento dell'approvazione dei provvedimenti amministrativi di concessione o di decisione del finanziamento.

³⁴ L'art. 11 della l. 16 gennaio 2003, n. 3 ha previsto che il Cup identifica, a decorrere dal 1° gennaio 2003, per la funzionalità della rete di monitoraggio degli investimenti pubblici, un progetto d'investimento pubblico, e rappresenta lo strumento cardine per il funzionamento del sistema di Monitoraggio degli investimenti pubblici (Mip), istituito presso il Comitato interministeriale per la programmazione economica (Cipe) con il compito di fornire tempestivamente informazioni sull'attuazione delle politiche di sviluppo, con particolare riferimento ai programmi cofinanziati con i fondi strutturali europei, sulla base dell'attività svolta dai nuclei di valutazione degli investimenti pubblici, istituiti dalla l. 17 maggio 1999, n. 144 all'interno delle amministrazioni centrali e regionali.

³⁵ Il sistema di monitoraggio degli investimenti pubblici è all'alimentazione di una banca dati tenuta nell'ambito dello stesso Cipe, anche con l'utilizzazione del sistema informativo integrato del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica. Il Cipe definisce la strutturazione del sistema di monitoraggio degli investimenti pubblici disciplinandone il funzionamento ed emanando indirizzi per la sua attività, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Il sistema di monitoraggio degli investimenti pubblici deve perciò essere flessibile ed integrabile in modo tale da essere funzionale al progetto "Rete unitaria della pubblica amministrazione", di cui alla direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 5 settembre 1995, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 272 del 21 novembre 1995. Le informazioni derivanti dall'attività di monitoraggio sono trasmesse dal Cipe alla Cabina di regia nazionale di cui all'art. 6 d.l. 23 giugno 1995, n. 244, convertito, con modificazioni, dalla l. 8 agosto 1995, n. 341, alla sezione centrale dell'Osservatorio dei lavori pubblici e, in relazione alle rispettive competenze, a tutte le amministrazioni centrali e regionali. Il Cipe invia un rapporto semestrale al Parlamento.

vita³⁶.

Con le informazioni offerte tramite il Cup³⁷, unitamente all'altro codice identificativo gara (Cig)³⁸, il Ministero della salute, in particolare, potrebbe avere a disposizione un sistema univoco di identificazione dei progetti d'investimento, con il quale sia possibile, fra l'altro, semplificare la sua attività amministrativa e rintracciare i dati dello stesso progetto su tutti i sistemi di monitoraggio che consenta di far circolare al suo interno informazioni essenziali relative alle diverse iniziative³⁹.

Atteso il succitato quadro di insieme, appare anacronistico che, a tutt'oggi, per il proprio sistema di monitoraggio, il Ministero, per conoscere lo stato di avanzamento di ogni singolo progetto ricompreso nell'accordo di programma, si basi soltanto sul c.d. mod. "C" (documento cartaceo) che le singole regioni debbono trasmettere una volta all'anno,

³⁶ Corrisponde ad una sorta di "codice fiscale" del progetto stesso e si presenta come una stringa alfanumerica di 15 caratteri generata tramite il sistema Cup gestito dal Dipe ed ottenuta inserendo pochi dati per via telematica collegandosi al sito *web* del Cipe.

³⁷ Devono essere registrati al Sistema Cup i progetti d'investimento pubblico finanziati con risorse provenienti da bilanci di enti pubblici o di società partecipate, direttamente o indirettamente, da capitale pubblico, destinate al finanziamento o al cofinanziamento di lavori pubblici (come individuati dalla l. n. 109/1994 e successive modificazioni e integrazioni) e all'agevolazione di servizi e attività produttive, finalizzate alla promozione delle politiche di sviluppo.

³⁸ Nato per il sistema di monitoraggio delle gare (Simog), il codice identificativo gara ha assunto la funzione di codice identificativo di singolo rapporto contrattuale ed è divenuto il filo conduttore della tracciabilità dei pagamenti effettuati dalle amministrazioni pubbliche secondo le regole dell'art. 3 l. 13 agosto 2010, n. 136.

³⁹ Una volta accertato che il rapporto contrattuale da instaurare rientra fra quelli compresi nell'ambito oggettivo di applicazione della l. n. 136/2010, nel bonifico di pagamento dovrà necessariamente essere indicato tale codice. Occorre quindi che l'amministrazione pubblica contraente richieda all'autorità preposta al rilascio, l'Avcp (in conseguenza dell'emanazione del d.l. 24 giugno 2014, n. 90, convertito dalla l. 11 agosto 2014, n. 114, l'Avcp è stata soppressa e i suoi compiti e le sue strutture sono confluite nell'Autorità nazionale anticorruzione-Anac), l'attribuzione del Cig, a prescindere dalla procedura adottata per la scelta del contraente e dall'importo del contratto. Anche nel caso di acquisto presso fornitori selezionati da Consip s.p.a., il singolo ente deve richiedere il Cig per identificare il rapporto e tracciare i pagamenti. Il Cig, costituito da un codice alfanumerico univoco ed obbligatorio, deve essere richiesto dal Responsabile unico del procedimento (Rup) in un momento antecedente all'indizione della procedura di gara, in quanto deve essere indicato nel bando o, in caso di procedura senza pubblicazione di bando, nella lettera di invito a presentare l'offerta. Deve inoltre essere inserito nel bonifico sul conto dedicato con il quale viene effettuato il pagamento a favore dell'appaltatore. Il medesimo Cig seguirà poi il flusso finanziario della commessa, poiché andrà inserito dall'appaltatore nei pagamenti a favore di tutti i subappaltatori.

Sostanzialmente, il Cig è utile nella risoluzione anche di problematiche concernenti:

- la tracciabilità dei flussi finanziari di ciascuna stazione appaltante per affidamenti di lavori, servizi e forniture, secondo la l. n. 136/2010, a prescindere dall'importo dell'affidamento e dalla procedura scelta;
- l'adempimento agli obblighi di comunicazione delle informazioni all'Osservatorio per individuare in maniera univoca gare, lotti e contratti, secondo l'art. 7 del Codice dei contratti;
- l'adempimento al sistema di contribuzione della somma dovuta all'Avcp (ora Anac) da parte degli operatori economici, il cui versamento è condizione di ammissibilità alle procedure per la realizzazione di opere pubbliche, secondo l'art. 1, c. 67, l. 23 dicembre 2005, n. 266, richiamato dall'art. 8, c. 12, del Codice.

quando, come già detto, la l. n. 229/2011 prevede, all'art. 8, che tali informazioni possano essere rese disponibili, in tempo reale, alle stesse amministrazioni pubbliche⁴⁰ che concorrono all'alimentazione della medesima banca dati.

In concreto, tali informazioni possono essere facilmente acquisibili da tutte le amministrazioni pubbliche stipulando un protocollo d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze-Ragioneria generale dello Stato, in conformità con le modalità di accesso definite con l'art. 13 della l. n. 196/2009 istitutivo della relativa banca dati.

Va da sé che il Ministero, ottenuta l'abilitazione all'accesso della Banca dati dell'amministrazione pubblica (Bdap), potrà conoscere le informazioni di cui alla sezione Mop (Monitoraggio opere pubbliche) e rilevare le eventuali irregolarità d'inserimento dei dati da parte delle regioni e sollecitarne la registrazione per vigilare sullo stato di avanzamento delle opere.

3. I processi di revoca

La legge finanziaria 2006 ha disposto che gli accordi di programma sottoscritti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano, decorsi diciotto mesi dalla data della firma, si intendano risolti limitatamente agli interventi per i quali la richiesta di finanziamento non risulti presentata al Ministero della salute entro tale termine, con conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa.

La norma ha disposto che i provvedimenti di revoca siano emanati anche per i casi in cui la domanda di finanziamento risulti presentata ma sia stata valutata "non ammissibile al finanziamento" entro 24 mesi dalla sottoscrizione degli accordi medesimi.

Inoltre, è prevista la revoca di interventi già ammessi a finanziamento, nei casi in cui entro nove mesi dalla comunicazione del provvedimento di ammissione, gli enti attuatori non abbiano proceduto all'aggiudicazione dei lavori, salvo proroga autorizzata dal Ministero della salute.

La stessa normativa ha disposto, altresì, che le risorse rese disponibili dall'applicazione dei provvedimenti di revoca, effettuati con decreto del Ministro della salute di concerto con quello dell'economia e delle finanze, a seguito di periodiche ricognizioni, siano utilizzate per nuovi accordi o per le altre linee di finanziamento previste dal programma di investimenti.

⁴⁰ Anche all'Anci, all'Upi ed al Cipe.

Limitatamente alla prima fase di attuazione, la legge finanziaria 2006 ha previsto che la risoluzione degli accordi già sottoscritti riguardasse solo una parte delle risorse interessate, corrispondente al 65 per cento dei finanziamenti revocabili. Per l'utilizzo della parte relativa agli impegni di spesa non revocati, le regioni dovevano presentare apposita richiesta nonché l'elenco degli interventi per i quali era mantenuto il finanziamento.

Con il d. interm. 12 maggio 2006 sono stati, quindi, evidenziati, per ciascuna regione interessata, insieme agli importi soggetti a revoca, quelli immediatamente recuperabili in quanto corrispondenti agli impegni finanziari revocati ma riassegnabili, per complessivi 461.874.820,26 euro che corrispondono al 35 per cento dei finanziamenti revocabili.

Sono risultate soggette al primo provvedimento di revoca, in misura più o meno rilevante, le regioni Piemonte, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Siciliana e Sardegna. Ad eccezione di quest'ultima, le regioni citate, per utilizzare i finanziamenti riassegnabili, hanno presentato le proprie proposte, a seguito delle quali sono stati emanati i relativi provvedimenti di riassegnazione, tra ottobre 2006 e febbraio 2007.

Per effetto del citato decreto interministeriale e degli analoghi provvedimenti di revoca emanati negli anni successivi, si ricorda che le risorse rese complessivamente disponibili al 2013 ammontavano a 1.367.795.982,84 euro. Il valore complessivo delle revoche costituiva il 12,9 per cento degli importi della II° fase per i quali sono stati assunti impegni di spesa. Si ritiene di dover sottolineare che per otto regioni l'incidenza delle revoche supera il suddetto valore medio nazionale.

L'ultimo decreto di revoca emanato risale al 28 settembre 2011 e da quella data non si sono create più le condizioni per l'applicazione dell'art. 1, cc. 310, 311 e 312, l. 23 dicembre 2005, n. 266.

In quell'occasione sono stati revocati quattro interventi, di cui uno per mancata richiesta di ammissione a finanziamento entro il termine di diciotto mesi dalla sottoscrizione dell'accordo e tre per mancata aggiudicazione entro i termini. La Regione Campania confermava un primato negativo, presentando finanziamenti revocati per circa 610 milioni, pari al 55 per cento dei finanziamenti impegnati.

4. Fabbisogno finanziario

La necessità di procedere ad interventi infrastrutturali nel settore ospedaliero presuppone un ulteriore stanziamento di risorse finanziarie, per un importo complessivo pari a 32.016.103.253,17 euro, riepilogati sinteticamente nei prospetti di seguito indicati.

L'importo succitato è comprensivo di 12.280.674.947,83 euro per l'adeguamento antisismico (solo per le zone I e II) e di 3.046.567.401,02 euro per l'osservanza delle norme antincendio.

Gli importi di cui sopra sono scaturiti, sulla base delle risposte delle regioni riguardanti i rispettivi fabbisogni di edilizia sanitaria, da una specifica ricognizione effettuata nel 2017 da parte del Ministero (v. appendice⁴¹).

All'uopo, la Direzione generale della programmazione sanitaria, nell'incontro con i rappresentanti regionali del 14 giugno 2017 e con il coordinamento della Commissione salute della Conferenza delle regioni⁴², aveva chiesto che venisse predisposta una scheda riportante il censimento del fabbisogno finanziario regionale in materia di investimenti pubblici. Le regioni, quindi, erano state invitate a produrre una tabella con valori definiti, da valere non come parametro per la verifica della congruità economico-finanziaria degli interventi edilizi necessari, ma come riferimento utile a definire una stima del fabbisogno finanziario degli interventi da realizzarsi sull'intero territorio nazionale e, quindi, in contesti alquanto differenziati, sia in termini di classificazione sismica, sia, più in generale, per le condizioni strutturali ed impiantistiche del patrimonio immobiliare sul quale intervenire⁴³.

A seguito dell'incontro del 5 ottobre 2017, nell'ambito del coordinamento della Commissione salute presso la Regione Piemonte, è stato consigliato a tutte le regioni di suddividere i costi di ristrutturazione degli immobili ripartendoli in interventi di tipo “pesante, medio e leggero” secondo il seguente prospetto che enuclea i relativi “costi di

⁴¹ Prot. n. 4254 dell'11 dicembre 2017, prodotta nell'adunanza del 12 dicembre 2017. Sulla base delle prime verifiche effettuate, il Ministero ritiene che circa il 50 per cento del fabbisogno per la messa a norma antincendio possa essere ricompreso nei valori indicati dal fabbisogno di cui sopra e, quindi, il fabbisogno nazionale consolidato risulta pari a 13,5 miliardi di euro.

⁴² La Conferenza delle regioni e delle province autonome è la sede del confronto istituzionale e politico tra le regioni. Essa è organizzata in undici commissioni di lavoro tra le quali è compresa anche la Commissione salute. Tale organismo è formato da tutti gli assessori alla Sanità delle regioni e delle province autonome. Attualmente, il coordinamento della Commissione è stato assegnato alla Regione Piemonte.

⁴³ Nel messaggio della Commissione salute inviata al Ministero il 12 ottobre 2017, si specifica che trattasi di una stima i cui valori definitivi servono ad indicare un parametro “approssimativo utile ad individuare, in linea di massima, un monte di risorse da destinare agli investimenti di cui trattasi”.

riferimento”.

Tabella n. 16 - Costi di riferimento per nuove/ampliamento costruzioni e per ristrutturazioni

	€/mq
ospedali	nuova costruzione/ ampliamento
	+2200
	ristrutturazione pesante
	1850
strutture territoriali	ristrutturazione media
	1300
	ristrutturazione leggera
	800
strutture territoriali	nuova costruzione/ ampliamento
	1600
	ristrutturazione pesante
	1300
ospedali	ristrutturazione media
	1000
	ristrutturazione leggera
	600

A tali computi, secondo le varie tipologie di intervento, sono stati applicati costi parametrici elaborati dalla Commissione salute.

Tabella n. 17 - Fabbisogno finanziario nazionale di interventi di edilizia sanitaria

	Tipologia di intervento	€/mq	Superficie	Importo da finanziare (in euro)
STRUTTURE TERRITORIALI	nuova costruzione/ampliamento	1.600,00	140.075,10	224.120.160,00
	ristrutturazione pesante	1.300,00	1.057.013,20	1.374.117.160,00
	ristrutturazione media	1.000,00	1.057.013,20	1.057.013.200,00
	ristrutturazione leggera	600,00	1.057.013,20	634.207.920,00
OSPEDALI	nuova costruzione/ampliamento	2.200,00	2.788.072,28	6.133.759.016,00
	ristrutturazione pesante	1.850,00	5.719.717,92	10.581.478.158,17
	ristrutturazione media	1.300,00	5.719.717,92	7.435.633.300,33
	ristrutturazione leggera	800,00	5.719.717,92	4.575.774.338,67
TOTALE				32.016.103.253,17

Fonte: Ministero della salute.

Tabella n. 18 - Fabbisogno finanziario nazionale per interventi di edilizia sanitaria nelle sole zone sismiche I-II

	Tipologia di intervento	€/mq	Superficie	Importo da finanziare (in euro)
STRUTTURE TERRITORIALI zona sismica 1 e 2	nuova	1.600,00	87.275,10	139.640.160,00
	ristrutturazione pesante	1.300,00	390.695,15	507.903.695,00
	ristrutturazione media	1.000,00	390.695,15	390.695.150,00
	ristrutturazione leggera	600,00	390.695,15	234.417.090,00
OSPEDALI zona sismica 1 e 2	nuova	2.200,00	1.083.530,28	2.383.766.616,00
	costruzione/ampliamento			
	ristrutturazione pesante	1.850,00	2.183.355,00	4.039.206.743,83
	ristrutturazione media	1.300,00	2.183.355,00	2.838.361.495,67
	ristrutturazione leggera	800,00	2.183.355,00	1.746.683.997,33
TOTALE				12.280.674.947,83

Fonte: Ministero della salute.

Tabella n. 19 - Fabbisogno finanziario nazionale per la prevenzione antincendio

Regioni	Importo da finanziare (in euro)
PIEMONTE	216.449.995,67
VALLE D'AOSTA	18.666.052,00
LOMBARDIA	626.257.860,51
P.A BOLZANO	
P.A TRENTO	
VENETO	172.287.349,46
FRIULI V. GIULIA	101.702.212,47
LIGURIA	77.017.793,33
EMILIA ROMAGNA	209.233.254,91
TOSCANA	212.942.013,44
UMBRIA	28.412.098,77
MARCHE	124.025.318,42
LAZIO	324.246.308,68
ABRUZZO	112.064.187,02
MOLISE	58.112.779,97
CAMPANIA	292.036.448,90
PUGLIA	155.395.204,02
BASILICATA	28.912.100,00
CALABRIA	118.180.752,48
SICILIA	117.756.408,73
SARDEGNA	52.869.262,24
TOTALE	3.046.567.401,02

Fonte: Ministero della salute.

CAPITOLO III

LA SITUAZIONE DELLA REGIONE CALABRIA

Sommario: 1. Premessa. - 2. Il nuovo ospedale di Vibo Valentia. - 3. Il nuovo ospedale della Sibaritide. - 4. Il nuovo ospedale della Piana di Gioia Tauro. - 5. Il nuovo ospedale di Catanzaro.

1. Premessa

Nell'indagine ci si è soffermati, in particolare, sull'analisi a campione della realizzazione dei quattro nuovi ospedali in Calabria⁴⁴ di Catanzaro, di Gioia Tauro, di Vibo Valentia e della Sibaritide, di cui gli ultimi tre in Ppp.

Essi erano stati inseriti tra gli obiettivi della gestione commissariale istituita con o.p.c.m. n. 3635 del 21 dicembre 2007, in base alla quale erano state dettate “Disposizioni urgenti di protezione civile dirette a fronteggiare l'emergenza socio-economico-sanitaria nel territorio della Regione Calabria” ed era stato nominato un Commissario delegato che aveva operato fino al 31 dicembre 2011, termine di vigenza della dichiarazione dello stato di emergenza. Successivamente, le competenze del Commissario venivano trasferite alla regione.

Si sintetizzano qui di seguito le scansioni temporali della vicenda:

a) in data 6 dicembre 2007 tra il Ministero della salute e la Regione Calabria è stato stipulato un protocollo di intesa per la sottoscrizione dell'accordo di programma relativo alla realizzazione degli ospedali della Sibaritide, di Catanzaro, di Vibo Valentia e della Piana di Gioia Tauro, con i fondi ex art. 20 l. n. 67/1988;

b) in data 13 dicembre 2007 è stato sottoscritto l'accordo di programma per la realizzazione degli ospedali della Sibaritide, di Catanzaro, di Vibo Valentia e della Piana di Gioia Tauro;

c) con o.p.c.m. n. 3635 del 21 dicembre 2007 è stato nominato il Commissario delegato per la gestione della predetta situazione emergenziale e ne sono stati contestualmente definiti i compiti e i poteri;

⁴⁴ Previsti dall'accordo di programma sottoscritto dal Ministero della salute e dalla Regione Calabria, in data 13 dicembre 2007.

d) l'o.p.c.m. del 19 marzo 2008, n. 3661, art. 7, ha apportato modifiche alla precedente ord. n. 3635/2007;

e) con decreto dirigenziale del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali in data 18 febbraio 2009 è stato formalizzato il finanziamento di quattro interventi relativi alla realizzazione dei presidi ospedalieri della Sibaritide, di Catanzaro, di Vibo Valentia e della Piana di Gioia Tauro, per un importo complessivo pari ad euro 178.615.153,06 a carico dello Stato;

f) a seguito dell'o.p.c.m. n. 3836 del 30 dicembre 2009, il presidente della Giunta regionale della Calabria ha assunto l'incarico di Commissario delegato;

g) l'o.p.c.m. n. 3836 ha previsto che il Commissario delegato si poteva avvalere dei poteri di cui alle ordinanze del Presidente del Consiglio dei ministri emanate per fronteggiare il contesto emergenziale;

h) con ord. n. 10 del 25 marzo 2010, nel recepire il parere espresso dal Ministero della salute prot. n. DG.PROG.7/l.6.a.h./19002 in data 24 marzo 2010, il Commissario delegato *pro-tempore* ha approvato i progetti preliminari di tre dei quattro ospedali, e segnatamente quelli di Vibo Valentia, della Piana di Gioia Tauro e della Sibaritide, prescrivendo ai soggetti attuatori di apportare le modifiche indicate dal Ministero della salute nella citata nota;

i) con il d.p.c.m. dell'11 dicembre 2007 è stato dichiarato lo stato di emergenza socio-economico-sanitaria nella Regione Calabria fino al 31 dicembre 2009, prorogato con d.p.c.m. del 18 dicembre 2009, fino al 31 dicembre 2010 ed ulteriormente prorogato con d.p.c.m. 26 novembre 2010 fino al 31 dicembre 2011;

l) con la stipula del protocollo d'intesa, ex art. 15 l. 7 agosto 1990, n. 241, tra la Regione Lombardia e il Commissario delegato per l'emergenza socio-economico-sanitaria della Regione Calabria, recepito con ordinanza del Commissario delegato n. 10 dell'8 novembre 2010, è stato individuato nella società regionale Infrastrutture Lombarde s.p.a. il soggetto incaricato delle attività di assistenza tecnica, supporto alla stazione appaltante ed al Responsabile unico del procedimento per la realizzazione in Ppp di tre dei quattro nuovi ospedali: Vibo Valentia, Gioia Tauro e Sibaritide;

m) il trasferimento delle competenze dal Commissario delegato alla Regione Calabria è stato disposto dopo quasi un anno dalla scadenza dello stato di emergenza, con ord. del

c.d.p.c. n. 27 del 5 dicembre 2012⁴⁵, emanata per favorire e regolare il subentro della Regione Calabria nelle iniziative finalizzate al definitivo superamento della situazione di criticità socio-economico-sanitaria in atto nel territorio della regione medesima;

n) con il decreto del presidente della Giunta regionale n. 2 del 7 gennaio 2013, sono state assunte le iniziative finalizzate al definitivo subentro della Regione Calabria, in regime ordinario, nel coordinamento degli interventi in corso ed è stata stabilita la competenza del Dipartimento regionale infrastrutture e lavori pubblici della Regione Calabria nello svolgimento delle attività inerenti al programma di costruzione dei quattro nuovi ospedali ed il relativo subentro al Commissario delegato di cui all'o.p.c.m. n. 3635/07 (e successive modifiche ed integrazioni nei rapporti giuridici dallo stesso instaurati e nelle funzioni attribuite);

o) con decreto del presidente della Giunta regionale n. 16 del 19 marzo 2013 sono state accertate le risorse residue presenti, alla data di scadenza della gestione istituita con ord. del c.d.p.c. n. 27/2012, sulla contabilità speciale n. 5106, intrattenuta presso la Tesoreria provinciale della Banca d'Italia di Catanzaro ed intestata al Commissario delegato, è stata accertata la quota delle stesse da attribuire alla realizzazione di ciascuno dei quattro nuovi ospedali ed è stato stabilito di trasferire le suddette somme in conto entrate sul bilancio della Regione Calabria, per essere assegnate su appositi capitoli di competenza del Dipartimento regionale infrastrutture e lavori pubblici.

Si analizzano ora, in dettaglio, le singole iniziative, tenendo presente che, così come stabilito nell'accordo di programma stipulato tra il Ministero della salute e la Regione Calabria in data 13 dicembre 2007, le nuove quattro strutture ospedaliere dovevano essere realizzate a seguito dell'espletamento di normali procedure di appalto. Tuttavia, la Regione Calabria ha precisato che, in considerazione della necessità di aggiornare i progetti dei nuovi quattro ospedali⁴⁶, il presidente *pro-tempore*⁴⁷ aveva indicato come modello da seguire quello

⁴⁵ Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 290 del 13 dicembre 2012.

⁴⁶ Per adeguarli alle normative sulle costruzioni, sugli impianti, sui gas medicinali, sui materiali pregiati, sul risparmio energetico e sulla tutela idrogeologica, anche in riferimento alle specifiche osservazioni avanzate al riguardo dal Ministero della salute, nonché ai costi *standard* desumibili dai progetti, dichiarati dal ministero non in linea con gli *standard* nazionali dell'epoca.

⁴⁷ Subentrato in qualità di Commissario delegato del Governo (ai sensi dell'o.p.c.m. n. 3635/2007) conseguentemente alla dichiarazione di pubblica utilità (disposta con l'ord. n. 10 del 25 marzo 2010) con la quale venivano approvate le prime stesure dei progetti preliminari dei tre nuovi ospedali di Vibo Valentia, della Piana di Gioia Tauro e della Sibaritide.

della concessione dei lavori in Ppp, mutando, perciò, la strategia da utilizzare per la realizzazione di tre strutture ospedaliere (quelle di Vibo Valentia, Sibaritide e Gioia Tauro), già dalla fase della progettazione definitiva ed esecutiva fino alla realizzazione e gestione dei servizi non sanitari.

La Regione Calabria⁴⁸ ha osservato che per la realizzazione dei nuovi quattro ospedali sarebbe da differenziare la gestione commissariale, operativa dal 2007 al 2011, dall'attuale attività ordinaria regionale e che quest'ultima, seppur con le difficoltà ereditate dalle scelte di carattere procedurale delle precedenti *governances*, ha avviato la progettazione degli interventi, che sono risultati particolarmente critici per due procedure.

A tal riguardo viene evidenziato che, dopo quasi dieci anni trascorsi dalla sottoscrizione dell'accordo di programma per la realizzazione delle opere, tale accordo non ha avuto, per oltre tre anni, sèguiti operativi, in quanto sono occorsi:

- 2 anni e 3 mesi (dicembre 2007-marzo 2010), durante la gestione emergenziale del Commissario straordinario, per approvare i progetti di lavori, anche in ragione dei rilievi mossi dal Ministero della salute per il mancato rispetto di specifiche normative tecniche di settore;
- 1 anno (dicembre 2011-dicembre 2012), alla chiusura della succitata gestione emergenziale, per l'attesa del trasferimento delle competenze dallo Stato alla Regione Calabria necessarie per l'avvio della gestione ordinaria.

2. Il nuovo ospedale di Vibo Valentia

2.1. Lo stato di attuazione

Il progetto preliminare del nuovo ospedale di Vibo Valentia⁴⁹, approvato dal Commissario delegato con ord. n. 31 del 4 maggio 2011⁵⁰, prevedeva l'affidamento della concessione di progettazione definitiva ed esecutiva, costruzione e gestione dei servizi non

⁴⁸ Direzione generale, Dipartimento n. 6, "Infrastrutture, lavori pubblici e mobilità".

⁴⁹ Codice Cup del progetto: J49H11000090001.

⁵⁰ Registrata alla Corte dei conti, Sezione regionale di controllo per la Calabria, il 17 maggio 2011, reg. n. 1, foglio n. 376.

sanitari del nuovo ospedale (ex artt. 144 e ss. d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163)⁵¹ per una struttura di 392 posti letto ed un piano economico con un impegno complessivo di spesa pari a 143.965.197,29 euro.

L'autorità regionale, stazione unica appaltante, incaricata dal Commissario delegato, (ord. dell'agosto 2011) nel settembre 2011 ha trasmesso formale lettera di invito a presentare l'offerta a tutti i proponenti. Tuttavia, nel 2012, le attività di selezione del concessionario hanno subito un blocco, in attesa dell'emanazione dell'ordinanza di protezione civile di trasferimento delle competenze, per la gestione ordinaria, alla Regione Calabria.

Le attività tecnico-amministrative di affidamento della concessione sono riprese solo dopo l'emanazione della citata ordinanza del commissario delegato di prot. civ. n. 27/2012 e del successivo decreto del presidente della Giunta n. 16 del 19 marzo 2013 con il quale sono state accertate e trasferite le risorse destinate alla realizzazione del nuovo ospedale dalla contabilità speciale intestata al Commissario delegato ad apposito capitolo del bilancio della Regione Calabria.

La Commissione aggiudicatrice, nominata nell'aprile 2013, ha concluso i lavori nel novembre dello stesso anno; conseguentemente, con dec. n. 17510 del 19 dicembre 2013 è stata approvata l'aggiudicazione della concessione della costruzione e gestione del nuovo ospedale, in favore del Raggruppamento temporaneo d'impresa (Rti) Guerrato s.p.a. (capogruppo mandataria), Costruzioni Procopio s.r.l. (mandante), Impresa Carchella s.p.a. (mandante), con sede in Rovigo.

Il contratto di concessione è stato sottoscritto in data 12 settembre 2014 tra la Regione Calabria, l'Azienda sanitaria provinciale (Asp) di Vibo Valentia e la società "Vibo Hospital Service s.p.a.", subentrata al Rti aggiudicatario della concessione nei rapporti giuridici con il concedente.

In data 3 marzo 2015 è stato sottoscritto, presso la prefettura di Vibo Valentia, il "Protocollo di intesa per la tutela della legalità nel settore degli appalti di lavori pubblici - Nuovo ospedale di Vibo Valentia", tra la Regione Calabria, l'Asp di Vibo Valentia, il concessionario e la prefettura di Vibo Valentia.

Occorre precisare che tale protocollo ha stabilito procedure più rigorose rispetto a quelle già previste dalla normativa vigente, in materia di controlli antimafia propedeutici alla

⁵¹ Il bando è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale in data 13 maggio 2011 e sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea, in pari data.

stipula dei contratti di affidamento e *sub*-affidamento di lavori, servizi e forniture, durante le fasi di progettazione, esecuzione e gestione dell'ospedale.

Il concessionario, nel mese di giugno 2015, ha trasmesso alla Regione Calabria⁵² il progetto preliminare aggiornato secondo le indicazioni fornite nel corso di riunioni tenutesi, nei mesi da marzo a maggio 2015, al fine di adeguare la progettazione alle nuove esigenze sanitarie e funzionali, in considerazione del piano di riordino delle reti ospedaliera, territoriale e di emergenza-urgenza del Servizio sanitario regionale⁵³.

Nel mese di giugno 2015, è stata indetta la Conferenza di servizi sul progetto preliminare aggiornato che si è conclusa nel mese di luglio 2015, con l'espressione dei pareri favorevoli, ma con alcune indicazioni e/o prescrizioni da parte delle amministrazioni interessate. In particolare, l'Autorità di bacino ha richiesto l'effettuazione dello studio idrogeologico del torrente Calzone e l'individuazione degli eventuali interventi necessari alla sistemazione idrogeologica dell'area ospedaliera.

Per ottemperare, si è reso necessario redigere:

a) un progetto per gli interventi di sistemazione idrogeologica

Il progetto preliminare, consegnato all'amministrazione nel mese di novembre 2015 ed approvato dal Rup nell'agosto 2016, ha previsto un costo complessivo di 3.500.000 euro ed è stato finanziato a valere sulle risorse del Commissario straordinario per l'emergenza idrogeologica in Calabria, con il decreto commissariale n. 441 del 17 maggio 2016.

Con tale progetto⁵⁴ si è disposto l'avvio delle procedure per l'affidamento della realizzazione dell'intervento alla società concessionaria Vibo Hospital Service s.p.a., per l'effettuazione delle sole opere complementari.

Per il corrente anno dovrà essere avviata la fase negoziale con il concessionario per l'affidamento delle opere complementari, concretizzatasi con le comunicazioni dell'amministrazione, finalizzate alla definizione e concordamento delle clausole contrattuali, e la regione è in attesa che il concessionario perfezioni la formale adesione alla

⁵² Alla presenza di rappresentanti del Dipartimento regionale infrastrutture, del Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie, dell'Azienda sanitaria provinciale di Vibo Valentia e del sub-Commissario *ad acta* per il piano di rientro.

⁵³ Avviato con decreto del Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Calabria n.9 del 2 aprile 2015, “*Approvazione documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti*”.

⁵⁴ In conseguenza del quale è stata dichiarata nel settembre 2016, da parte del Commissario straordinario, la pubblica utilità, l'urgenza e l'indifferibilità dell'opera.

proposta contrattuale, nonché trasmetta la documentazione e le dichiarazioni di rito propedeutiche alla stipula del contratto;

b) un progetto delle opere stradali

Per assicurare l'accesso in sicurezza all'area ospedaliera, da integrarsi efficacemente con la progettazione della struttura e del sistema viario dell'area di pertinenza soprattutto per le criticità connesse alle rampe di avvicinamento alla struttura ospedaliera ed ai parcheggi, nonché alla raccolta e smaltimento delle acque a monte, la Regione Calabria, nel mese di ottobre 2015, ha richiesto al concessionario di trasmettere il relativo progetto preliminare.

Quest'ultimo ha ottemperato nel maggio 2016, apportando le necessarie modifiche richieste dalla stessa Regione Calabria e dall'organismo di verifica Rina Check s.r.l.

Con decreto del Rup n. 11495 del 30 settembre 2016, è stato finanziato l'intervento in oggetto, per l'importo complessivo di 2.300.000 euro, a valere sulle somme a disposizione del quadro economico del progetto di realizzazione del nuovo ospedale, ed è stato approvato lo schema di convenzione tra il Comune di Vibo Valentia e la Regione Calabria che demanda a quest'ultima le funzioni di stazione appaltante dello stesso.

In data 17 ottobre 2016 è stata sottoscritta la suddetta convenzione e, successivamente, in data 15 dicembre 2016, è stato siglato il contratto tra il concessionario e la Regione Calabria.

Il concessionario, nel mese di dicembre 2016, ha trasmesso il progetto preliminare delle “Opere stradali, relative alla viabilità d'accesso al nuovo ospedale di Vibo Valentia” che sarà oggetto di esame nei primi mesi del 2017 da parte dell'organismo di verifica Rina Check s.r.l.;

c) un progetto di adduzione idrica del nuovo ospedale

Tale progetto è in fase di sviluppo da parte di Sorical s.p.a.⁵⁵ che provvederà a svolgere il suo compito fino al livello esecutivo.

Tale intervento, di cui è già stato redatto il progetto preliminare ed espletata la conferenza di servizi preliminare, ha un costo complessivo di 1.100.000 euro e verrà finanziato solo con fondi regionali⁵⁶.

⁵⁵ Trattasi di società mista a prevalente capitale pubblico regionale a cui è stata affidata la gestione degli schemi idrici di grande adduzione della Regione Calabria ed è prevista la realizzazione di un serbatoio interrato, di volume pari a circa 700mc, subito a monte dell'area ospedaliera, in prossimità di un serbatoio esistente dell'acquedotto dell'Alaco, per consentire un'alimentazione indipendente della struttura rispetto alle manovre di regolazione della rete.

⁵⁶ Ai fini dello sviluppo del progetto definitivo, il concessionario ha avviato la procedura di **caratterizzazione**

La conferenza di servizi, tenutasi tra i mesi di gennaio e luglio 2016, ha approvato, con alcune prescrizioni, il piano di caratterizzazione proposto dal concessionario al Comune di Vibo Valentia nel dicembre 2015, prendendo atto degli esiti della campagna di indagini effettuata e dell'elaborazione dei dati rilevati, contenuti nel documento finale “Relazione di valutazione della compatibilità geologica mediante confronto statistico dei dati *on-site* ed *off-site*”.

Il Comune di Vibo Valentia, con provvedimento prot. n. 36130 del 29 luglio 2016 e successiva integrazione prot. n. 45621 del 5 ottobre 2016, ha dichiarato conclusa la conferenza di servizi ed ha dato atto del non doversi procedere ad analisi di rischio e ad eventuali interventi di bonifica.

Nei primi mesi del 2017 è previsto che il concessionario trasmetta alla Regione Calabria-Dipartimento ambiente, la richiesta di assoggettabilità a Valutazione d'impatto ambientale (Via) dei parcheggi del nuovo ospedale.

2.2. La compagine privata

Per la realizzazione dell'opera e gestione dei servizi non sanitari del nuovo ospedale di Vibo Valentia, le imprese Guerrato s.p.a. (capogruppo mandataria), Costruzioni Procopio s.r.l. (mandante) e Carchella s.p.a. (mandante), costituenti il Rti aggiudicatario della concessione di progettazione definitiva ed esecutiva, hanno creato, in data 5 settembre 2014, una società di progetto, denominata “Vibo Hospital Service s.p.a.”⁵⁷, avente sede legale ed amministrativa nel Comune di Rovigo con un capitale sociale pari a 2.500.000 euro.

La partecipazione al capitale sociale della società di progetto è così suddivisa tra i suoi soci:

- Guerrato s.p.a.: 68 per cento;
- Costruzioni Procopio s.r.l.: 16 per cento;
- Impresa Carchella s.p.a.: 16 per cento.

ambientale dell'area del nuovo ospedale, ai sensi dell'art. 242 d.lgs. n. 152/2006, tenuto conto che nel corso delle indagini ambientali propedeutiche alla redazione del progetto preliminare posto a base di gara erano stati registrati alcuni superamenti delle Csc (valori di concentrazione soglia di contaminazione contenuti nella tabella 1, colonna A dell'allegato 5 al Titolo V del d.lgs. n. 152/2006) di alcuni metalli rinvenuti nella matrice ambientale suolo, attraverso le analisi effettuate da Arpacal, Dipartimento provinciale di Cosenza.

⁵⁷ Il contratto di concessione è stato sottoscritto in data 12 settembre 2014 tra la Regione Calabria, l'Asp di Vibo Valentia e la società “Vibo Hospital Service s.p.a.” (rep. ASP-VV n. 2 del 12 settembre 2014).

2.3. Le spese sostenute

L'accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari sottoscritto il 13 dicembre 2007 dal Ministero della salute e dalla Regione Calabria, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, ha previsto la realizzazione, tra l'altro, del nuovo ospedale di Vibo Valentia, secondo il piano finanziario riportato nella tabella n. 24.

Con decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 18 febbraio 2009, l'intervento è stato ammesso a finanziamento, a valere sulle risorse stanziato dall'art. 20 l. n. 67/1988.

Il quadro finanziario delle risorse statali e regionali stanziato a copertura dell'intervento è riportato nella tabella n. 25.

Il riparto di spesa tra risorse pubbliche e private a copertura del quadro economico di progetto è ricompreso nella tabella n. 26.

Nell'ambito della gestione commissariale, ex o.p.c.m. n. 3635/2007, sono state trasferite risorse statali e regionali sulla contabilità speciale n. 5106, intestata al Commissario delegato, dettagliate nella tabella n. 27; nella medesima tabella è riportato il quadro delle spese sostenute, in regime commissariale, a valere sulle risorse statali e regionali, oggetto di specifico rendiconto annuale alla Ragioneria territoriale dello Stato, nonché il dettaglio delle risorse residue presenti sulla medesima contabilità, poi trasferite sul bilancio regionale, ai sensi della d.g.r. n. 237 del 27 giugno 2013.

Il dettaglio delle spese sostenute, in regime ordinario, è riportato nella tabella n. 28.

2.4. Cronoprogramma aggiornato della progettazione e dei lavori

A seguito dell'accordo della Conferenza di servizi, la cui chiusura dei lavori è prevista entro l'ultimo quadrimestre del corrente anno, previa verifica del progetto definitivo, il Rup procederà alla sua formale approvazione.

L'approvazione del progetto esecutivo avverrà entro la metà del mese di dicembre 2017.

Entro la metà del mese di gennaio 2018 è previsto il rilascio dell'autorizzazione sismica sul progetto esecutivo e l'avvio dei lavori strutturali dell'edificio.

L'ultimazione dell'opera è prevista per il mese di agosto 2019 e per il successivo mese di dicembre dovranno essere effettuati gli allestimenti e le forniture delle apparecchiature.

Il collaudo finale dell'opera e la presa in consegna da parte dell'azienda ospedaliera

dovranno realizzarsi per il mese di aprile 2020.

2.5. Le criticità

Le attività di esecuzione del contratto di concessione hanno subito dei ritardi, rispetto ai tempi programmati, per le motivazioni che di seguito si riassumono.

Va premesso che nel periodo dal 2008 al 2011 il commissario non ha realizzato, in concreto, alcuna attività per l'avanzamento dell'opera, nonostante, insieme al soggetto attuatore, fossero stati corrisposti compensi complessivi di 202.946,90 euro, a valere sulle risorse ex art. 20 l. n. 67/1988 nel quadriennio 2008-2011 (v. sottostante tabella).

Tabella n. 20 - Spese della gestione commissariale

NUOVO OSPEDALE DI VIBO VALENTIA							
ELENCO SPESE GESTIONE COMMISSARIALE							
TIPOLOGIA DI SPESA	ANNO						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTALE
Soggetto attuatore o.p.c.m. n. 3635/Rup	45.369,86	642,72	76.665,69	80.268,63	0,00	0,00	202.946,90
Espropriazioni per pubblica utilità	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Eliografia/pubblicità	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7.362,86	7.362,86
Consulenza archeologica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	27.600,00	27.600,00
TOTALE	45.369,86	642,72	76.665,69	80.268,63	0,00	34.962,86	237.909,76

Fonte: Dipartimento dei lavori pubblici della Regione Calabria.

Successivamente al 2011, la prima criticità è legata al tempo intercorso tra la chiusura dello stato di emergenza connesso all'emanazione dell'o.p.c.m. n. 3635/2007 (31 dicembre 2011) e l'emanazione dell'ord. del c.d.p.c. n. 27/2012 che, di fatto, ha determinato un blocco delle attività per un anno, nelle more dell'individuazione del soggetto regionale responsabile della prosecuzione delle attività commissariali.

La seconda criticità è legata al tempo intercorso tra la sottoscrizione del contratto di concessione (12 settembre 2014) e la sottoscrizione del “Protocollo d'intesa per la tutela della legalità nel settore degli appalti di lavori pubblici-Nuovo ospedale di Vibo Valentia”, tra la Regione Calabria, l'Asp di Vibo Valentia, il concessionario e la prefettura di Vibo Valentia (3 marzo 2015), necessario per la definizione dello schema definitivo di atto, sottoposto al parere obbligatorio del Ministero dell'interno.

Nello sviluppo del progetto definitivo, peraltro, sono intervenute ulteriori necessità tecniche, quali:

- analizzare e risolvere le problematiche idrogeologiche, come prescritto in Conferenza di servizi dall'Autorità di bacino, connesse alla mitigazione del rischio idraulico nell'area d'intervento;
- avviare la progettazione integrata delle opere stradali necessarie ad assicurare l'accesso in sicurezza al nuovo ospedale;
- effettuare la caratterizzazione ambientale dell'area d'intervento e sottoporre a parere di assoggettabilità a Via il progetto dei parcheggi.

Attualmente, il responsabile della Regione Calabria ritiene che, superata l'attuale inderogabile fase di acquisizione del parere di assoggettabilità a Via del progetto dei parcheggi, si possa procedere nel rispetto del cronoprogramma sopra esplicitato.

3. Il nuovo ospedale della Sibaritide

3.1. Lo stato di attuazione

Il progetto preliminare del nuovo ospedale della Sibaritide⁵⁸ è stato approvato, unitamente al bando di gara, dal Commissario delegato con ord. n. 32 del 4 maggio 2011⁵⁹.

Esso prevedeva, per l'affidamento della concessione di progettazione definitiva ed esecutiva, oltre alla costruzione e gestione dei servizi non sanitari del nuovo ospedale, la realizzazione di una struttura con una dotazione di 376 posti letto, comprensivi di 42 p.l. tecnici, ed un quadro economico, comportante un complessivo impegno di spesa, pari a 143.921.997,42 euro.

Così com'è avvenuto per il nuovo ospedale di Vibo Valentia, anche per questo intervento, nell'anno 2012, le attività del concessionario hanno subito un arresto, in attesa dell'emanazione dell'ordinanza di trasferimento delle competenze alla Regione Calabria.

Le attività tecnico-amministrative di affidamento della concessione sono riprese solo dopo l'emanazione del d.p.g.r. n. 16 del 19 marzo 2013, con il quale sono state accertate e trasferite le risorse destinate alla realizzazione del nuovo ospedale, dalla contabilità speciale,

⁵⁸ Codice Cup del progetto: J79H07000250001.

⁵⁹ Registrata alle Corti dei conti, Sezione regionale di controllo, in data del 17 maggio 2011, reg. n. 1, foglio n. 377. Il bando è stato pubblicato nella G.U. della Repubblica italiana in data 13 maggio 2011 e sulla G.U. dell'Unione europea in data 14 maggio 2011; una rettifica al bando di gara è stata pubblicata nella G.U. della Repubblica italiana in data 24 giugno 2011 e nella G.U. dell'Unione europea in data 25 giugno 2011.

intestata al Commissario delegato, ad un apposito capitolo del bilancio della Regione Calabria.

Con decreto della Regione n. 16843 del 6 dicembre 2013, è stata approvata l'aggiudicazione della concessione in Ppp della costruzione e gestione del nuovo ospedale della Sibaritide, in favore del Rti Tecnis s.p.a. (capogruppo mandataria), Cogiatech (mandante), con sede in Tremestieri Etneo (CT).

Il contratto di concessione è stato sottoscritto in data 9 settembre 2014 tra la Regione Calabria, l'Asp di Cosenza e la società “Ospedale della Sibaritide-società consortile per azioni”, subentrata al Rti aggiudicatario della concessione nei rapporti giuridici con il concedente.

Nelle more della sottoscrizione del “Protocollo d’intesa per la tutela della legalità nel settore degli appalti di lavori pubblici-Nuovo ospedale della Sibaritide” (tra la Regione Calabria, l'Asp di Cosenza, il concessionario e la prefettura di Cosenza), propedeutico al formale avvio della progettazione definitiva, nel mese di novembre 2015 la prefettura di Catania ha trasmesso alla Regione Calabria un provvedimento interdittivo antimafia, relativo, tra l'altro, alla società Tecnis s.p.a., invitando la regione stessa ad astenersi dall'assumere iniziative dirette all'interruzione dei rapporti con l'impresa in argomento, in attesa delle determinazioni in merito all'applicabilità al caso di specie delle previsioni di cui all'art. 32, comma 10, d.l. n. 90/2014.

La prefettura di Catania, nel mese di dicembre 2015, ha trasmesso il provvedimento che ha disposto il commissariamento della società Tecnis s.p.a., nominando contestualmente un amministratore straordinario per la gestione temporanea dell'impresa, ai sensi dell'art. 32 d.l. n. 90/2014.

In data 26 aprile 2016, a seguito della revoca dell'interdittiva antimafia della Tecnis s.p.a., è stato sottoscritto, presso la prefettura di Cosenza, il “Protocollo d’intesa per la tutela della legalità nel settore degli appalti di lavori pubblici”, tra la Regione Calabria, l'Asp di Cosenza, il concessionario e la prefettura di Cosenza.

Nel mese di aprile 2016, il responsabile del procedimento ha emesso l'ordine di servizio, che, a termini contrattuali, stabilisce l'avvio della progettazione definitiva a cura del concessionario.

Il progetto definitivo è stato consegnato dal concessionario alla Regione Calabria nel mese di settembre 2016 e sottoposto a preliminare verifica a cura della società incaricata

Rina Check s.r.l.

Nel mese di ottobre 2016, il Rup ha indetto la Conferenza di servizi per acquisire i pareri e le intese ai fini dell'approvazione del progetto definitivo, il cui iter non si è ancora concluso per l'intervenuta necessità di eseguire specifici saggi archeologici sull'intera area interessata dal progetto.

3.2. La compagine privata

Le imprese Tecnis s.p.a. (capogruppo mandataria) e Cogiatech s.r.l. (mandante), costituenti il Rti aggiudicatario della concessione di progettazione definitiva ed esecutiva, per la realizzazione dell'opera e gestione dei servizi non sanitari del nuovo ospedale della Sibaritide, hanno costituito, in data 1° settembre 2014, una società di progetto, denominata “Ospedale della Sibaritide s.c.a.” con sede legale ed amministrativa in Tremestieri Etneo (CT), con capitale sociale pari ad euro 2.500.000⁶⁰.

La partecipazione al capitale sociale della società di progetto è così suddivisa tra i suoi soci: Tecnis s.p.a. 84,25 per cento e Cogiatech s.r.l. 15,75 per cento.

3.3. Le spese sostenute

L'accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari sottoscritto il 13 dicembre 2007 dal Ministero della salute e dalla Regione Calabria, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, ha previsto la realizzazione, oltre del già citato nuovo ospedale di Vibo Valentia, anche del nuovo ospedale della Sibaritide, secondo il piano finanziario riportato nella tabella n. 24.

Si rimanda alle allegate tabelle l'illustrazione del:

- quadro finanziario delle risorse statali e regionali stanziati a copertura dell'intervento - tabella n. 25;
- riparto delle spese tra risorse pubbliche e private a copertura del quadro economico di progetto - tabella n. 26;
- quadro delle risorse statali e regionali trasferite sulla contabilità speciale n. 5106,

⁶⁰ Il **contratto di concessione** è stato sottoscritto in data 9 settembre 2014 tra la Regione Calabria, l'Asp di Cosenza e la società “Ospedale della Sibaritide-società consortile per azioni” (rep. ASP-CS n. 320 del 9 settembre 2014).

- intestata al Commissario delegato, per il quadro delle spese sostenute in regime commissariale, oggetto di specifico rendiconto annuale alla Ragioneria territoriale dello Stato, nonché per il dettaglio delle risorse residue presenti sulla contabilità speciale, trasferite sul bilancio regionale, ai sensi della d.g.r. n. 237 del 27 giugno 2013 - tabella n. 27;
- dettaglio delle spese sostenute, in regime ordinario, dalla Regione Calabria, successivamente al subentro al Commissario delegato ex o.p.c.m. n. 3635/2007 - tabella n. 28.

3.4. Cronoprogramma aggiornato della progettazione e dei lavori

A seguito della chiusura della Conferenza di servizi e previa esecuzione di specifiche indagini archeologiche richieste dalla soprintendenza, per il corrente anno il concessionario provvederà ad adeguare il progetto definitivo e, successivamente, il Rup procederà alla sua formale approvazione.

Con la consegna del progetto esecutivo, la relativa approvazione dovrà avvenire entro il secondo semestre del corrente anno ed è previsto anche il rilascio dell'autorizzazione sismica sul progetto esecutivo e l'avvio dei lavori strutturali dell'edificio. L'avvio dei lavori di movimento terra potrà essere anticipato, mediante l'elaborazione ed approvazione di uno specifico stralcio progettuale.

L'ultimazione dell'opera è prevista per il mese di luglio 2019. L'allestimento e la fornitura delle apparecchiature elettromedicali sono previsti per il mese di ottobre 2019. Il collaudo finale dell'opera e la presa in consegna da parte dell'azienda ospedaliera sono previsti per il mese di dicembre 2019.

3.5. Le criticità

Le attività di esecuzione del contratto di concessione hanno subito dei ritardi, rispetto ai tempi programmati, per le motivazioni che di seguito si riassumono.

Dopo il 2011, la prima criticità, che ha dilatato i tempi di realizzazione dell'opera, è correlata al tempo intercorso tra la chiusura dello stato di emergenza, connesso all'emanazione dell'o.p.c.m. n. 3635/2007 (31 dicembre 2011), e l'emanazione dell'ord. del c.d.p.c. n. 27/2012, pubblicata sulla G.U. del 13 dicembre 2012, che, di fatto, ha determinato

un blocco delle attività per un anno, nelle more dell'individuazione del soggetto responsabile della prosecuzione delle attività commissariali, in regime ordinario.

La seconda circostanza è legata al tempo intercorso tra la sottoscrizione del contratto di concessione (9 settembre 2014) e quella del “Protocollo d’intesa per la tutela della legalità nel settore degli appalti di lavori pubblici-Nuovo ospedale della Sibaritide”, tra la Regione Calabria, l'Asp di Cosenza, il concessionario e la prefettura di Cosenza (26 aprile 2016), da ricollegare al temporaneo provvedimento interdittivo che ha interessato la società Tecnis s.p.a. e, di riflesso, la società concessionaria.

Nello sviluppo del progetto definitivo, peraltro, sono intervenute esigenze tecniche da approfondire con specifiche indagini archeologiche del sito prescelto, così come richiesto dalla soprintendenza durante la Conferenza di servizi, attualmente in corso.

Di seguito si riporta il dettaglio delle spese della gestione commissariale, che evidenzia come, dal 2008 al 2012, non si sia effettuata alcuna spesa per l’avanzamento delle opere ad eccezione di quelle relative al compenso del soggetto attuatore: 189.401,47 euro.

Soltanto nel 2013 si evidenziano le prime spese per espropriazioni e pubblicità. Ciò mette in evidenza il grande ritardo nell’avvio delle operazioni relative a questa nuova struttura: dal momento della sottoscrizione dell’accordo di programma che ne prevedeva la realizzazione, sono stati necessari quasi 40 mesi per la contestuale approvazione del bando di gara e del progetto preliminare.

Tabella n. 21 - Spese della gestione commissariale

NUOVO OSPEDALE DELLA SIBARITIDE							
ELENCO SPESE GESTIONE COMMISSARIALE							
TIPOLOGIA DI SPESA	ANNO						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTALE
Soggetto attuatore o.p.c.m. n. 3635/Rup	56.621,54	3.243,44	95.148,43	34.388,06	0,00	0,00	189.401,47
Espropriazioni per pubblica utilità	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.183.727,98	2.183.727,98
Eliografia/pubblicità	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	23.220,03	23.220,03
Consulenza archeologica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTALE	56.621,54	3.243,44	95.148,43	34.388,06	0,00	2.206.948,01	2.396.349,48

Fonte: Dipartimento lavori pubblici della Regione Calabria.

La Regione Calabria ritiene che, superata l'attuale inderogabile fase di acquisizione dei pareri della Conferenza di servizi, si possa procedere nel rispetto del cronoprogramma aggiornato sopra esplicitato.

4. Il nuovo ospedale della Piana di Gioia Tauro

4.1. Lo stato di attuazione

Il progetto preliminare del nuovo ospedale della Piana di Gioia Tauro⁶¹ è stato approvato dal Commissario delegato con ord. n. 39 del 5 luglio 2011⁶² che ha previsto per questa nuova struttura una dotazione di 352 posti letto ed un impegno complessivo di spesa pari a 150.133.542,61 euro. L'approvazione del bando di gara da parte del Commissario delegato risale al luglio 2011⁶³.

Anche in questo caso si deve registrare un arresto, nel 2012, delle attività di selezione del concessionario nelle more dell'emanazione dell'ordinanza di trasferimento delle competenze alla Regione Calabria. La commissione aggiudicatrice, nominata con decreto del dirigente generale dell'autorità regionale, stazione unica appaltante, nell'ottobre 2013, ha iniziato i lavori dopo circa due mesi per concluderli, nel maggio 2014, con l'approvazione dell'aggiudicazione della concessione della costruzione e gestione del nuovo ospedale in favore del Rti costituenti la società di progetto denominata “Ospedale della Piana di Gioia Tauro s.c.a.r.l.”⁶⁴.

Nelle more della sottoscrizione del “Protocollo di intesa per la tutela della legalità nel settore degli appalti di lavori pubblici, propedeutico al formale avvio della progettazione definitiva del nuovo ospedale della Piana di Gioia Tauro” (intervenuta tra la Regione Calabria, l'Asp di Reggio Calabria, il concessionario e la prefettura di Reggio Calabria), così come avvenuto nel caso dell'ospedale della Sibaritide per il quale la società capogruppo mandataria nel Rti aggiudicatario era la medesima, nel mese di novembre 2015, la prefettura di Catania ha trasmesso alla Regione Calabria un provvedimento interdittivo antimafia, relativo, tra l'altro, alla stessa società Tecnis s.p.a., invitando la regione interessata ad astenersi dall'assumere iniziative dirette all'interruzione dei rapporti con l'impresa in argomento, nelle more di determinazioni in merito all'applicabilità al caso di

⁶¹ Codice Cup del progetto: J69H07000230001.

⁶² Registrata alle Corti dei conti, Sezione regionale di controllo, alla data dell'11 luglio 2011, reg. n. 2, foglio n. 243.

⁶³ E' stato pubblicato nella G.U. della Repubblica italiana in data 5 agosto 2011 e nella G.U. dell'Unione europea, in data 5 agosto 2011.

⁶⁴ Il contratto di concessione è stato sottoscritto in data 20 aprile 2015 tra la Regione Calabria, l'Asp di Reggio Calabria e la società “Ospedale della Piana di Gioia Tauro-società consortile a responsabilità limitata”, subentrata al Rti aggiudicatario della concessione nei rapporti giuridici con il concedente.

specie delle previsioni di cui all'art. 32, comma 10, d.l. n. 90/2014.

La stessa prefettura catanese, nel mese di dicembre 2015, ha trasmesso il provvedimento che ha disposto il commissariamento della società Tecnis s.p.a., nominando contestualmente l'amministratore per la straordinaria e temporanea gestione, ai sensi del d.l. n. 90/2014 (art. 32).

Successivamente, a seguito della revoca dell'interdittiva antimafia della Tecnis s.p.a., è stato sottoscritto nell'ottobre 2016, presso la prefettura di Reggio Calabria, il succitato "Protocollo d'intesa per la tutela della legalità nel settore degli appalti di lavori pubblici", tra la Regione Calabria, l'Asp di Reggio Calabria, il concessionario e la prefettura di Reggio Calabria, documento che stabilisce procedure più stringenti di quelle previste dalla normativa vigente in materia di controlli antimafia e propedeutici alla stipula dei contratti di affidamento e *sub*-affidamento di lavori, servizi e forniture, durante le fasi di progettazione, esecuzione e gestione del nuovo ospedale.

Nel mese di ottobre 2016, il responsabile del procedimento ha emesso l'ordine di servizio che stabiliva l'avvio della fase della progettazione definitiva e che risulta tuttora in corso di esecuzione.

Alla data della presente, si è in attesa che il concessionario proceda alla consegna del progetto definitivo dell'opera, ai fini della sua valutazione tecnica e successiva indizione della Conferenza di servizi.

4.2. Le spese sostenute

L'accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari sottoscritto il 13 dicembre 2007 dal Ministero della salute e dalla Regione Calabria, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, ha previsto la realizzazione, tra l'altro, del nuovo ospedale della Piana di Gioia Tauro, secondo il piano finanziario riportato nella tabella n. 24.

Si rimanda alle allegate:

- tabella n. 25, per il quadro finanziario delle risorse statali e regionali stanziare a copertura dell'intervento;
- tabella n. 26, per il riparto di spesa tra risorse pubbliche e private a copertura del quadro economico di progetto;

- tabella n. 27, per il quadro delle risorse statali e regionali trasferite sulla contabilità speciale n. 5106, intestata al Commissario delegato, per il quadro delle spese sostenute, in regime commissariale, oggetto di specifico rendiconto annuale alla Ragioneria territoriale dello Stato, nonché per il dettaglio delle risorse residue presenti sulla contabilità speciale, trasferite sul bilancio regionale, ai sensi della d.g.r. n. 237 del 27 giugno 2013;
- tabella n. 28 per il dettaglio delle spese sostenute, in regime ordinario, dalla Regione Calabria, successivamente al subentro al Commissario delegato ex o.p.c.m. n. 3635/2007.

4.3. Cronoprogramma aggiornato della progettazione e dei lavori

L'approvazione del progetto definitivo dovrà avvenire entro la metà del mese di dicembre 2017.

Entro la metà del mese di gennaio 2018 è previsto il rilascio dell'autorizzazione sismica sul progetto esecutivo e l'avvio dei lavori strutturali dell'edificio. L'avvio dei lavori di movimento terra potrà essere anticipato, mediante l'elaborazione ed approvazione di uno specifico stralcio progettuale.

L'ultimazione dell'opera dovrà avvenire entro il mese di febbraio 2020. L'allestimento e la fornitura delle apparecchiature elettromedicali sono previsti per giugno 2020. Il collaudo finale dell'opera e la presa in consegna da parte dell'azienda ospedaliera sono fissati per il mese di settembre 2020.

4.4. Rispetto del cronoprogramma contrattuale e le criticità

Le attività di esecuzione del contratto di concessione hanno subito dei ritardi, rispetto ai tempi programmati, per le motivazioni che ricalcano, sostanzialmente, quelle che hanno fatto slittare avanti nel tempo le operazioni di realizzazione degli ospedali di Vibo Valentia e della Sibaritide e, cioè, sia il blocco delle attività per un anno, dalla data di cessazione dello stato di emergenza di cui all'o.p.c.m. n. 3635 del 2007 (31 dicembre 2011) a quella d'individuazione del soggetto responsabile della prosecuzione delle attività commissariali, in regime ordinario (13 dicembre 2012), sia il periodo di arresto delle attività intercorso tra la sottoscrizione del contratto di concessione (20 aprile 2015) e quella del “Protocollo d'intesa per la tutela della legalità nel settore degli appalti di lavori pubblici-Nuovo ospedale della Piana di Gioia Tauro”, tra la Regione Calabria, l'Asp di Reggio Calabria, il

concessionario e la prefettura di Reggio Calabria (20 ottobre 2016), da ricollegare al temporaneo provvedimento interdittivo che ha interessato la società Tecnis s.p.a. e, di riflesso, la società concessionaria.

La Regione Calabria ritiene che, fatti salvi ulteriori elementi di criticità, ad oggi non prevedibili, si possa procedere nel rispetto del cronoprogramma aggiornato sopra esplicitato.

Così come per le altre strutture fino ad ora esaminate, vengono riportate, anche per questo nuovo ospedale, le spese sostenute in regime commissariale nel periodo 2008-2011. A fronte dell'unico esborso relativo ad espropriazioni per pubblica utilità, avvenuto solo nel 2011, per complessivi 229.500 euro, si constatano le analoghe ingenti spese per compensi al soggetto attuatore, per un totale complessivo di 136.160,04 euro nonostante l'opera non fosse avanzata, anzi le prime spese relative alla predisposizione e diffusione del bando di gara di 22.028,47 euro venivano effettuate solo nel 2013 e cioè dopo ben cinque anni dall'avvio della fase commissariale.

Tabella n. 22 - Spese della gestione commissariale

NUOVO OSPEDALE DELLA PIANA DI GIOIA TAURO							
ELENCO SPESE GESTIONE COMMISSARIALE							
TIPOLOGIA DI SPESA	ANNO						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTALE
Soggetto attuatore o.p.c.m. n. 3635/Rup	45.369,86	0,00	71.628,51	19.161,67	0,00	0,00	136.160,04
Espropriazioni per pubblica utilità	0,00	0,00	0,00	229.500,00	0,00	0,00	229.500,00
Eliografia/pubblicità	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	22.028,47	22.028,47
Consulenza archeologica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTALE	45.369,86	0,00	71.628,51	248.961,67	0,00	22.028,47	387.688,51

Fonte: Dipartimento lavori pubblici della Regione Calabria.

5. Il Nuovo ospedale di Catanzaro

Analogamente alle precedenti, anche questa nuova struttura è stata prevista nell'accordo di programma del 13 dicembre 2007 che ne ha subordinato la realizzazione:

- all'accorpamento tra l'azienda ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" e l'azienda universitaria "Mater Domini", al fine di conseguire un'organica offerta sanitaria ed economie di gestione;
- alla contiguità fisica tra il plesso universitario, realizzato in località Germaneto di Catanzaro (contrada Pugliese), e la realizzanda nuova struttura ospedaliera.

Il suddetto accorpamento tra le aziende si è dimostrato essere difficilmente perseguibile

e, di fatto, ha impedito, finora, l'elaborazione del relativo progetto della nuova struttura ospedaliera.

I Ministeri dell'Economia e delle Finanze e della Salute, con parere Calabria-DGPROG-373-P del 29 agosto 2012, dopo ben cinque anni dal succitato accordo, nel dichiararlo decaduto, hanno confermato “l'esigenza, rispondente non solo a motivi di opportunità, di pervenire ad un nuovo accordo di programma o, quantomeno, alla predisposizione di un documento di programma nel quale sia chiarita la funzione di rete che si intende attivare con l'entrata in esercizio del nuovo ospedale di Catanzaro, rispetto al bacino di riferimento. Occorre dimostrare la convenienza e la sostenibilità economico gestionale e gli obiettivi di salute che si intende perseguire”.

Nel mese di giugno 2015, perciò, sono stati avviati i lavori della Commissione paritetica, istituita dal Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro, allo scopo di favorire il processo di integrazione tra l'azienda ospedaliera “Pugliese-Ciaccio” e l'azienda universitaria “Mater Domini”, attualmente in corso.

Con il decreto del Commissario *ad acta* per il piano di rientro n. 64 del 5 luglio 2016, è stato approvato il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti. Il provvedimento suddetto prevede la seguente ripartizione dei posti letto tra l'azienda ospedaliera “Pugliese-Ciaccio” e quella universitaria “Mater Domini”:

Tabella n. 23 - Ripartizione posti letto

POSTI LETTO					
	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale PL	PI. Tecnici
P.O. Pugliese	23	22	415	460	35
P.O. Ciaccio	30	0	28	58	0
Totale A.O. Pugliese-Ciaccio	53	22	443	518	35
P.O. Mater Domini	22	19	227	268	0

Fonte. Dipartimento lavori pubblici della Regione Calabria.

L'intervento per la realizzazione del nuovo ospedale di Catanzaro è stato inserito nel programma c.d. “Patto per lo sviluppo della Calabria”, sottoscritto dal Governo e dalla Regione Calabria in data 30 aprile 2016 ed approvato con d.g.r. n. 160 del 13 maggio 2016, per un importo presunto di 180.000.000 euro, di cui 119.000.000 euro di risorse pubbliche (pari a circa il 65 per cento del totale) e 61.000.000 euro di risorse private (pari a circa il 35 per cento del totale).

5.1. Le ipotesi di localizzazione

L'accordo di programma del 2007 aveva stabilito il vincolo della contiguità fisica tra il plesso universitario, in località Germaneto di Catanzaro, contrada Pugliese, in adiacenza alle strutture dell'università.

Nella fase di gestione dell'intervento curata dal Commissario delegato, ai sensi dell'ord. n. 3635/2007, è stato sviluppato uno studio di fattibilità, approvato da un soggetto attuatore per la realizzazione del nuovo ospedale.

La localizzazione del presidio ospedaliero è prevista in località Germaneto di Catanzaro, contrada Dorcina, a circa 1,5 km dall'università, così come deliberato dal consiglio comunale in data 19 gennaio 2005 (deliberazione n. 2).

Nei mesi di maggio e giugno 2011 sono state eseguite delle campagne strumentali di analisi specifiche presso il sito: rilievi topografici, geofisici e geognostici oltre ad analisi ambientali di qualità dei terreni, rilievi di traffico e rilievi acustici.

Le attività svolte hanno evidenziato come l'area non presenti vincoli ostativi alla realizzazione delle opere e sia caratterizzata, invece, da alcuni aspetti di particolare positività, per la realizzazione del progetto⁶⁵.

Il consiglio comunale del Comune di Catanzaro, in data 5 febbraio 2016, ha approvato la deliberazione proposta dal sindaco di Catanzaro⁶⁶.

⁶⁵ - Regolare sviluppo morfologico *sub*-pianeggiante dell'area;

- caratteristiche geologico-geotecniche ed idrogeologiche idonee;

- favorevole posizionamento rispetto alle grandi vie di comunicazione. L'area di progetto rappresenta lo snodo tra la parte storica della Città di Catanzaro e la parte collegata alle grandi vie di comunicazione e di sviluppo: l'aeroporto, la stazione ferroviaria e l'autostrada. Inoltre l'area di Germaneto si presenta anche quale area di snodo tra la parte alta della Città e la parte a mare, inglobando tutte le aree urbane insistenti sulla s.s. 106;

- l'area risulta ben servita dalla rete viaria stradale e ferroviaria. Tali reti risultano oggetto di interventi di potenziamento nel breve periodo, come la nuova metropolitana di Catanzaro.

⁶⁶ “... richiedere la permanenza della struttura ospedaliera Pugliese nella localizzazione in cui si trova; che è

La fattibilità della soluzione prospettata richiede comunque ulteriori approfondimenti.

5.2. La convenzione tra la Regione Calabria e l'azienda ospedaliera

In relazione alle caratteristiche e alla dimensione dell'intervento, l'azienda ospedaliera “Pugliese Ciaccio” e la Regione Calabria sono pervenuti, nel novembre 2016, alla stipula di una convenzione che consente di sviluppare, nel rispetto dei rispettivi ambiti istituzionali, una strategia di cooperazione nell'attuazione delle azioni necessarie alla realizzazione e all'attivazione del nuovo presidio ospedaliero di Catanzaro. In concreto, i soggetti interessati si sono impegnati a perseguire una maggiore qualità ed efficacia dell'azione amministrativa, assicurando il necessario supporto tecnico-specialistico, grazie al *know-how* maturato dalle strutture regionali competenti nelle procedure tecnico-amministrative per la realizzazione di nuovi ospedali ed a valorizzare le professionalità esistenti all'interno dell'amministrazione pubblica in materia di edilizia sanitaria, condividendo le buone prassi sviluppate e consolidate all'interno degli enti aderenti.

La convenzione ha quindi previsto la delega alla Regione Calabria allo svolgimento delle funzioni di “stazione appaltante” ed all'adozione degli atti relativi alla procedura di realizzazione del nuovo ospedale di Catanzaro; l'azienda ospedaliera si è impegnata a condividere gli atti tecnico-amministrativi, con particolare riferimento agli aspetti sanitari ed organizzativo-funzionali.

stata verificata la possibilità, per analogia ad altri interventi fatti per strutture ospedaliere, di procedere alla demolizione della struttura esistente e la costruzione di un nuovo ospedale rispondente a tutti i necessari adeguamenti normativi e di compensare il maggior costo economico con la procedura di “Finanza di progetto” prevista dall'art. 153 del Codice dei contratti; sussiste un preminente interesse pubblico al mantenimento della localizzazione della struttura ospedaliera nell'attuale sede dell'ospedale Pugliese per frenare il degrado e l'abbandono della città; la tipologia ospedaliera in questione risponde ai criteri di utilizzazione sanitaria se localizzata all'interno di un ambito territoriale adeguato di natura provinciale e, di conseguenza, il comprensorio di Germaneto non è adeguato stante la valenza urbanistica direzionale-sanitario regionale così come proposto nella delibera di consiglio comunale concernente gli indirizzi per la redazione del piano strutturale comunale, tra l'altro in perfetta coerenza con il piano territoriale comprensoriale provinciale e il quadro territoriale regionale paesaggistico”.

5.3. Le spese sostenute

L'accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari sottoscritto il 13 dicembre 2007 dal Ministero della salute e dalla Regione Calabria, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, ha previsto la realizzazione anche del nuovo ospedale di Catanzaro, secondo il piano finanziario riportato nella tabella 24.

Si rimanda alle allegate:

- tabella n. 25, per il quadro finanziario delle risorse statali e regionali stanziata a copertura dell'intervento;
- tabella n. 26, per il riparto di spesa tra risorse pubbliche e private a copertura del quadro economico di progetto;
- tabella n. 27, per il quadro delle risorse statali e regionali trasferite sulla contabilità speciale n. 5106, intestata al Commissario delegato, per il quadro delle spese sostenute in regime commissariale, oggetto di specifico rendiconto annuale alla Ragioneria territoriale dello Stato, nonché per il dettaglio delle risorse residue presenti sulla contabilità speciale, trasferite sul bilancio regionale, ai sensi della d.g.r. n. 237 del 27 giugno 2013;
- tabella n. 28, per il dettaglio delle spese sostenute, in regime ordinario, dalla Regione Calabria, successivamente al subentro al Commissario delegato ex o.p.c.m. n. 3635/2007.

5.4. Cronoprogramma aggiornato

Entro la fine del corrente anno è previsto l'avvio delle attività di progettazione, la cui consegna è fissata per il mese di marzo 2018. Previa verifica del progetto ed espletamento della Conferenza di servizi, il Rup procederà alla sua formale approvazione entro la fine del mese di luglio 2018. Il progetto approvato dovrà definire la realizzabilità dell'opera attraverso una concessione di progettazione, esecuzione e gestione di servizi non sanitari, ovvero attraverso un appalto di servizi di progettazione e successivo appalto di sola esecuzione dell'opera.

Da ultimo, a seguire, vengono riportate nella tabella sottostante le spese inerenti la gestione commissariale per questo ospedale. Come si può vedere, riguardano soltanto i compensi del soggetto attuatore per un importo totale di 209.146,05 euro e nulla per l'avanzamento dell'opera dal 2008 in poi.

Tabella n. 24 - Spese della gestione commissariale

NUOVO OSPEDALE DI CATANZARO ELENCO SPESE GESTIONE COMMISSARIALE							
TIPOLOGIA DI SPESA	ANNO						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTALE
Soggetto attuatore o.p.c.m. n. 3635/Rup	51.041,10		86.014,25	72.090,70	0,00	0,00	209.146,05
Espropriazioni per pubblica utilità	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Eliografia/pubblicità	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulenza archeologica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTALE	51.041,10	0,00	86.014,25	72.090,70	0,00	0,00	209.146,05

Fonte: Dipartimento lavori pubblici Regione Calabria.

Tabella n. 25 - Quadro complessivo delle disponibilità finanziarie

Intervento	Risorse statali		Risorse regionali		Totale
	Art. 20 l. n. 67/1988	Art. 71 l. n. 448/1998	5 per cento - Art. 20 l. n. 67/1988	Quota integrativa	
Nuovo ospedale della Sibaritide	57.000.000,00	0,00	3.000.000,00	17.000.000,00	77.000.000,00
Nuovo ospedale di Catanzaro	39.355.468,38	17.527.667,99	2.071.340,44	40.045.523,19	99.000.000,00
Nuovo ospedale di Vibo Valentia	25.259.684,68	0,00	1.329.457,09	17.000.000,00	43.589.141,77
Nuovo ospedale della Piana di Gioia Tauro	57.000.000,00	0,00	3.000.000,00	6.000.000,00	66.000.000,00
Totale	178.615.153,06	17.527.667,99	9.400.797,53	80.045.523,19	285.589.141,77

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Dipartimento dei lavori pubblici della Calabria.

Tabella n. 26 - Risorse disponibili: dettaglio

Intervento	Risorse statali						Risorse regionali					Totale risorse pubbliche
	Art. 20 l. n. 67/1988 (Adp 2007)	Art. 71 l. n. 448/1998	Art. 20 I fase delibera Cipe 27/11/1996 (95 per cento)	Art. 20 II fase delibera Cipe n. 53 del 6/5/1998 (95 per cento)	L. 135/1990 delibera Cipe 26/6/1997	Somma residua Adp 2004 per ospedale Rossano (95 per cento)	Art. 20 l. n. 67/1988 (Adp 2007)	Art. 1, c. 2, l. r. n. 9/2011	Art. 20 I fase delibera Cipe 27/11/1996 (5 per cento)	Art. 20 II fase delibera Cipe n. 53 del 6/5/1998 (5 per cento)	Somma residua Adp2004 per ospedale Rossano (5 per cento)	
Nuovo ospedale della Sibaritide	57.000.000,00					6.375.381,91	20.000.000,00	19.000.000,00			335.546,42	102.710.928,33
Nuovo ospedale di Catanzaro	39.355.468,38	17.527.667,99					42.116.863,63	20.000.000,00				119.000.000,00
Nuovo ospedale di Vibo Valentia	25.259.684,68		6.557.453,25	20.238.654,73	5.204.564,69		18.329.457,09	23.000.000,00	344.993,21	1.065.192,35		100.000.000,00
Nuovo ospedale della Piana di Gioia Tauro	57.000.000,00	16.952.735,67					9.000.000,00	18.000.000,00				100.952.735,67
Totale	178.615.153,06	34.480.403,66	6.557.453,25	20.238.654,73	5.204.564,69	6.375.381,91	89.446.320,72	80.000.000,00	344.993,21	1.065.192,35	335.546,42	422.663.664,00

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Dipartimento dei lavori pubblici della Calabria.

Tabella n. 27 - Quadro delle risorse pubbliche e private

	RISORSE STATALI	RISORSE REGIONALI	TOTALE RISORSE PUBBLICHE	RISORSE PRIVATE	IMPORTO QUADRI ECONOMICI DI PROGETTO	CONTRIBUZIONE PUBBLICA	CONTRIBUZIONE PRIVATA
Nuovo ospedale della Sibaritide	63.375.381,91	39.335.546,42	102.710.928,33	41.211.069,09	143.921.997,42	71,4 %	28,6 %
Nuovo ospedale di Catanzaro (*)	56.883.136,37	62.116.863,63	119.000.000,00	(*)	(*)	(*)	(*)
Nuovo ospedale di Vibo Valentia	57.260.357,35	42.739.642,65	100.000.000,00	43.965.197,29	143.965.197,29	69,5 %	30,5 %
Nuovo ospedale della Piana di Gioia Tauro	73.952.735,67	27.000.000,00	100.952.735,67	49.180.806,94	150.133.542,61	67,2 %	32,8 %
TOTALE	251.471.611,30	171.192.052,70	422.663.664,00	134.357.073,32	557.020.737,32		-

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Dipartimento dei lavori pubblici della Calabria.

(*) Il quadro economico verrà stabilito in esito alla progettazione dell'intervento, tuttora in corso.

Tabella n. 28 - Quadro finanziario: gestione commissariale

Intervento	Entrate Gestione commissariale o.p.c.m. n. 3635/2007								Spese gestione commissariale o.p.c.m. n. 3635/2007		Risorse iscritte sul bilancio regionale a seguito della chiusura della gestione commissariale o.p.c.m. n. 3635/2007	
	Risorse statali					Risorse regionali			Risorse statali	Risorse regionali	Risorse statali	Risorse regionali
	Art. 20 l. n. 67/1988 (Adp 2007)	Art. 71 l. n. 448/1998	Art. 20 I fase delibera Cipe 27/11/1996 (95 per cento)	Art. 20 II fase delibera Cipe n. 53 del 6/5/1998 (95 per cento)	L. n. 135/1990 delibera Cipe 26/6/1997	Art. 20 l. n. 67/1988	Art. 20 I fase delibera Cipe 27/11/1996 (5 per cento)	Art. 20 II fase n. 53 del 6/5/1998 (5 per cento)				
Nuovo ospedale della Sibaritide	2.000.000,00					20.000.000,00			2.000.000,00	396.349,48	0,00	19.603.650,52
Nuovo ospedale di Catanzaro		16.964.364,91				42.116.863,63			209.146,05	0,00	16.755.218,86	42.116.863,63
Nuovo ospedale di Vibo Valentia			6.557.453,25	20.238.654,73	3.419.176,44	18.329.457,09	344.993,21	1.065.192,35	237.909,76	0,00	29.977.374,66	19.739.642,65
Nuovo ospedale della Piana di Gioia Tauro	5.000.000,00	16.952.735,67				9.000.000,00			387.688,51	0,00	21.565.047,16	9.000.000,00
Totale	7.000.000,00	33.917.100,58	6.557.453,25	20.238.654,73	3.419.176,44	89.446.320,72	344.993,21	1.065.192,35	2.834.744,32	396.349,48	68.297.640,68	90.460.156,80
	161.988.891,30								3.231.093,80		158.757.797,48	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Dipartimento dei lavori pubblici della Calabria.

Tabella n. 29 - Quadro finanziario: gestione

	Spese gestione ordinaria Regione Calabria		Risorse disponibili sul bilancio regionale		Spese complessive gestione commissariale o.p.c.m. n. 3635/2007 e gestione ordinaria Regione Calabria		
	Risorse statali	Risorse regionali	Risorse statali	Risorse regionali	Risorse statali	Risorse regionali	Totale
Nuovo ospedale della Sibaritide	0,00	1.192.453,87	0,00	18.411.196,65	2.000.000,00	1.588.803,35	3.588.803,35
Nuovo ospedale di Catanzaro	0,00	0,00	16.755.218,86	42.116.863,63	209.146,05	0,00	209.146,05
Nuovo ospedale di Vibo Valentia	0,00	5.650.237,50	29.977.374,66	14.089.405,15	237.909,76	5.650.237,50	5.888.147,26
Nuovo ospedale della Piana di Gioia Tauro	0,00	851.670,80	21.565.047,16	8.148.329,20	387.688,51	851.670,80	1.239.359,31
Totale	0,00	7.694.362,17	68.297.640,68	82.765.794,63	2.834.744,32	8.090.711,65	10.925.455,97
	7.694.362,17		151.063.435,31				

Fonte: Dip. lavori pubblici della Calabria.

CAPITOLO IV

GLI ALTRI INTERVENTI

Sommario: 1. Gli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg). - 2. La libera professione. - 3. La radioterapia.

1. Gli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg)

L'art. 3-ter, c. 1, d.l. 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla l. 17 febbraio 2012, n. 9, ha previsto il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, fissando il termine per il completamento del processo di superamento degli stessi.

A tal fine, con decreto del Ministero della salute, adottato di concerto con il Ministero della giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sono stati definiti, così come previsto al comma 2 del medesimo articolo sopra citato, gli ulteriori requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia.

Pertanto, l'art. 3-ter, c. 6, dello stesso d.l. n. 211/2011, ha autorizzato, ai fini della realizzazione e riconversione di tali strutture, la spesa di 120 milioni per l'anno 2012 e 60 milioni per l'anno 2013.

Agli oneri finanziari si è così provveduto:

- 60 milioni per l'anno 2012, utilizzando quota parte delle risorse di cui all'art. 20 della l. n. 67/1988;
- ulteriori 60 milioni per l'anno 2012, mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'art. 7-*quinquies* d.l. 10 febbraio 2009, n. 5 convertito, con modificazioni, dalla l. 9 aprile 2009, n. 33;
- 60 milioni per l'anno 2013, mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'art. 32, c. 1, d.l. 6 luglio 2011, n. 98 convertito, con modificazioni, dalla l. 15 luglio 2011, n. 111.

E' stato disposto che le predette risorse, in deroga alla procedura di attuazione del programma pluriennale di interventi di cui all'art. 20 l. n. 67/1988, venissero ripartite tra le regioni con decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, anche in questo caso previa intesa sancita dalla Conferenza permanente per i

rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano Risorse, successivamente assegnate alle singole regioni tramite decreto del Ministero della salute di approvazione di uno specifico programma di utilizzo proposto dalle regioni medesime.

Va evidenziato come l'iniziale importo di 180 milioni si sia ridimensionato in 173,8 milioni a seguito delle riduzioni degli stanziamenti di bilancio operate in attuazione dell'art. 13, c. 1-*quinquies*, d.l. 2 marzo 2012, n. 16 convertito, con modificazioni, dalla l. 26 aprile 2012, n. 44 e dell'art. 2, c. 1, d.l. 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla l. 30 luglio 2010, n. 122 (decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze 28 dicembre 2012).

Conseguentemente, con l'esercizio 2013, i fondi sono terminati.

Tabella n. 30 - Programma per la realizzazione di strutture *extra* ospedaliere per il superamento degli Opg

Regioni	Importo ripartito dal d.l. n. 237/2012	Data d.m. assegnazione risorse
Piemonte	11.952.556,14	19/12/2013
V. D'Aosta	339.491,16	14/01/2014-25/10/2016
Lombardia	31.960.262,27	
P.A. Bolzano	2.423.604,64	Le risorse non vengono assegnate in applicazione delle disposizioni di cui all'art. 2 comma 109, l. n. 191/2009
P.A. Trento		
Veneto	11.587.256,75	03/02/2015
F.-Venezia Giulia	2.532.737,42	28/01/2015
Liguria	5.655.515,38	09/10/2013 - 21/1/2015
E.-Romagna	9.984.338,02	16/09/2014- 28/07/2015- 26/05/2016
Toscana	9.005.868,89	19/12/2013-14/07/2015
Umbria	2.002.115,46	
Marche	3.239.335,16	09/10/2013
Lazio	16.820.110,07	31/03/2015
Abruzzo	3.681.012,21	17/12/2013
Molise	868.307,99	
Campania	18.376.603,58	09/10/2013
Puglia	11.310.689,11	04/03/2015-30/04/2015
Basilicata	1.252.091,28	23/03/2015
Calabria	6.572.522,29	09/10/2013
Sicilia	18.376.828,84	07/12/2016
Sardegna	5.446.544,36	09/10/2013
Totale	173.807.990,99	

Fonte: dati del Ministero della salute.

Tabella n. 31 - Ripartizione per criteri degli Opg

Regioni	Criterio 50% su popolazione residente al 1°/1/2011	Criterio 50% su soggetti internati in Opg al 31/12/2011	Totale	Esercizio 2012	Esercizio 2013
Piemonte	6.389.294,97	5.563.261,17	11.952.556,14	8.049.790,26	3.902.765,87
V. D'Aosta	183.809,23	175.681,93	359.491,16	242.109,59	117.381,57
Lombardia	14.216.387,18	17.743.875,09	31.960.262,27	21.524.551,32	10.435.710,95
P.A. Bolzano	1.486.634,34	936.970,30	2.423.604,64	1.632.245,76	791.358,88
P.A. Trento					
Veneto	7.078.087,18	4.509.169,58	11.587.256,76	7.803.768,96	3.783.487,79
F.-Venezia Giulia	1.771.449,05	761.288,37	2.532.737,42	1.705.744,34	826.993,08
Liguria	2.317.558,68	3.337.956,70	5.655.515,38	3.808.868,34	1.846.647,04
E.-Romagna	6.353.578,10	3.630.759,92	9.984.338,02	6.724.237,66	3.260.100,45
Toscana	5.375.108,97	3.630.759,92	9.005.868,89	6.065.259,58	2.940.609,30
Umbria	1.299.387,74	702.727,73	2.002.115,46	1.348.381,83	653.733,63
Marche	2.243.804,21	995.530,95	3.239.335,16	2.181.622,77	1.057.712,39
Lazio	8.211.695,42	8.608.414,65	16.820.110,07	11.327.983,46	5.492.126,61
Abbruzzo	1.924.192,89	1.756.819,32	3.681.012,21	2.479.082,79	1.201.929,42
Molise	458.383,48	409.924,51	868.307,99	584.786,81	283.521,18
Campania	8.362.733,48	10.013.870,10	18.376.603,58	12.376.248,47	6.000.355,12
Puglia	5.864.549,23	5.446.139,88	11.310.689,11	7.617.506,68	3.693.182,53
Basilicata	842.166,77	409.924,51	1.252.091,28	843.256,63	408.834,65
Calabria	2.883.201,72	3.689.320,66	6.572.522,29	4.426.452,83	2.146.069,46
Sicilia	7.240.381,99	11.536.446,84	18.776.828,84	12.645.791,59	6.131.037,24
Sardegna	2.401.590,88	3.045.153,48	5.446.744,36	3.668.265,53	1.778.478,83
Totale	86.903.995,51	86.903.995,51	173.807.991,00	117.055.955,20	56.752.035,99

Fonte: dati del Ministero della salute.

2. La libera professione

Tra le specifiche linee di finanziamento che caratterizzano il Programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, di cui all'art. 20 l. n. 67/1988, notevole importanza rivestono, alla luce anche delle riforme intervenute nel settore, le misure finalizzate a consentire l'esercizio della libera professione intramuraria.

La l. 23 dicembre 2000, n. 388, incrementando il programma d'investimenti ex art. 20 l. n. 67/1988, all'art. 83, c. 3, ha destinato, come già detto, per l'esercizio dell'attività in questione, 1.600 miliardi di lire (pari a euro 826.143.140,92), richiedendo nel contempo la predisposizione, entro il 31 dicembre 2000, da parte delle regioni e province autonome di Trento e Bolzano, di un programma di realizzazione di spazi per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, con l'attribuzione alle stesse di un potere sostitutivo in

caso di ritardo non giustificato, da parte dei soggetti interessati, non solo nella realizzazione delle strutture dedicate, ma anche di messa a disposizione di tecnologie necessarie all'esercizio delle relative attività.

Con d.m. 8 giugno 2001 sono state ripartite, fra le regioni e le province autonome, tutte le risorse di cui sopra ad esclusione delle regioni Friuli-Venezia Giulia, Molise, Calabria e di quella Siciliana unitamente alla provincia autonoma di Bolzano che non hanno presentato, nei termini previsti, alcun programma.

A riguardo, la l. 8 novembre 2012, n. 189, recante “Conversione in legge, con modificazioni, del d.l. 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”, pubblicata nella G.U. n. 263 del 10 novembre 2012, ha modificato, prorogandolo al 31 dicembre 2014, i termini di collaudo previsti nella precedente normativa di cui all'art. 1, c. 3, l. 3 agosto 2007, n. 120 recante “Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria”, che stabiliva la revoca dei finanziamenti relativi ad interventi di ristrutturazione edilizia per i quali la regione o provincia autonoma non avesse conseguito il collaudo entro il termine del 31 gennaio 2009.

La copertura finanziaria del programma per la libera professione è assicurata, in ciascun esercizio, dal Ministero dell'economia e delle finanze, sulla base delle relative disponibilità monetarie e tenuto conto delle esigenze rappresentate dal Ministero della salute.

Alla data di chiusura del programma risultavano essere stati ammessi a finanziamento 439 interventi, per complessivi euro 769.434.244,26, che rappresentano il 93,14 per cento delle risorse messe a disposizione. Si riportano, nella tabella che segue, le risorse così come assegnate dal d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254 e ripartite alle regioni e province autonome dal decreto del Ministro della salute del 8 giugno 2001 (colonna 1) e quelle, per singola regione e provincia autonoma, richieste e ammesse a finanziamento alla data del 31 dicembre 2014 (colonna 2); infine, il numero degli interventi ammessi a finanziamento e le risorse residue non ancora richieste dalle regioni e province autonome, che assommano a euro 56.708.896,79, importo che, attesa la chiusura del programma alla fine del 2014, risulta evidente non potranno essere più utilizzate (colonne 3 e 4).

Tabella n. 32 - Libera professione intramuraria: attuazione

Libera professione (l. n. 254/2000)				
Regioni	D.m. 8 giugno 2001 (riparto)	Totale autorizzato	Totale interventi autorizzati	Risorse non ancora richieste
Piemonte	60.428.733,60	59.483.772,94	41	944.960,66
V. D'Aosta	1.418.336,70	1.418.336,70	1	0
Lombardia	132.471.194,62	127.960.480,00	37	4.510.714,62
P.A. Bolzano	0	0	0	0
P.A. Trento	8.404.575,81	8.404.575,81	11	0
Veneto	61.974.827,89	61.974.827,87	42	0,02
F.-Venezia Giulia	0	0	0	0
Liguria	39.210.377,38	39.210.377,36	24	0,02
E.-Romagna	87.214.076,55	87.214.076,66	69	0
Toscana	76.107.154,48	76.107.154,50	27	0
Umbria	25.677.941,61	25.673.431,65	9	4.509,96
Marche	42.332.939,10	41.034.379,13	40	1.298.559,97
Lazio	102.661.209,05	102.661.088,21	49	120,84
Abruzzo	18.942.089,69	10.634.900,85	22	8.307.188,84
Molise	0	0	0	0
Campania	79.253.874,72	39.226.032,86	12	40.027.841,86
Puglia	53.948.571,22	52.333.571,22	37	1.615.000,00
Basilicata	27.613.917,48	27.613.917,48	7	0
Calabria	0	0	0	0
Sicilia	0	0	0	0
Sardegna	8.493.321,02	8.483.321,02	11	0
Totale	826.153.140,92	761.029.668,45	439	56.708.896,79

Fonte: dati del Ministero della salute.

Come si può notare:

1) per la Regione Abruzzo, a fronte di un'assegnazione di un importo di 18.942.089,69 euro, sino a giugno 2013, sono stati ammessi 22 interventi per un importo di 10.634.900,85 euro a carico dello Stato.

Pertanto, sono residuati 8.307.188,84 euro da ammettere a finanziamento e cioè ben il 43 per cento.

All'uopo la stessa regione, in data 14 febbraio 2012, aveva chiesto di rimodulare il programma orientato all'eliminazione del rischio sismico.

Con sotto-parere Siveas (prot. n. 9 del 22 marzo 2012), la Direzione generale della programmazione, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, aveva espresso parere positivo al prosieguo del provvedimento di modifica degli interventi, così come era

previsto nel programma presentato.

In data 23 giugno 2014, venivano ammessi a finanziamento cinque interventi, per un importo a carico dello Stato di 2.530.436,81 euro (che, unitamente agli altri, determinavamo il montante di 10.634.900,85 euro di cui sopra), però soltanto due di questi sono stati aggiudicati, mentre per gli altri tre non risulta essere stata effettuata l'aggiudicazione;

2) per la Regione Campania, a fronte di un'assegnazione di un importo di 79.253.874,72 euro sino a giugno 2014, sono stati ammessi dodici interventi per un importo di 39.226.032,86 euro a carico dello Stato.

La regione, con nota del 20 settembre 2016, ha comunicato al Ministero che dei succitati investimenti (programmati ed ammessi a finanziamento), soltanto nove sono stati ultimati o con un avanzamento mediamente superiore all'80 per cento, mentre per tre interventi, similmente come per la Regione Abruzzo, non risulta essere stata effettuata neppure l'aggiudicazione.

Pertanto, sono residuati 40.027.841,86 euro da ammettere a finanziamento e cioè ben il 50,5 per cento.

Sta di fatto che, siccome l'art. 2 della l. n. 189/2012, come già detto, ha disposto che il termine ultimo per l'aggiudicazione degli interventi di libera professione era al 31 dicembre 2014, trascorsa tale data non è stato possibile autorizzare le regioni al completamento degli interventi iniziati.

Per tale aspetto sarebbe auspicabile che il legislatore possa introdurre una norma per rimuovere tale limite, almeno per gli interventi iniziati, per i quali erano stati erogati finanziamenti e non sono ancora stati conclusi.

Comunque, tali circostanze denotano come il Ministero non abbia posto in essere quell'attività di stimolo e di impulso *ex post* nei riguardi delle regioni, per realizzare celermente quegli interventi che erano stati autorizzati, oltre ad incoraggiare tali enti a presentare quelle progettualità che, comunque, avrebbero avuto di bisogno.

3. La radioterapia

Tale programma è terminato per fine budget.

Va precisato che alcuni finanziamenti sono stati vincolati a specifici programmi.

L'art. 28, c. 12, l. 23 dicembre 1999, n. 488, come già detto, ha destinato al potenziamento

delle strutture di radioterapia l'importo di 15.493.706,97 euro che il decreto del Ministro della Salute del 28 dicembre 2001 ha ripartito tra le regioni, province autonome ed enti, così come descritto dalla tabella che segue:

Tabella n. 33 - Programma radioterapia: attuazione

Regioni e enti	D.m. 28 dicembre 2001	Totale finanziamento autorizzato	N. interventi autorizzati
Piemonte	987.771,96	978.905,42	1
V. D'Aosta	46.406,66	46.406,66	1
Lombardia	1.749.128,20	1.749.128,20	1
P.A. Bolzano	106.601,22	106.601,22	1
P.A. Trento	116.071,18	116.071,18	1
Veneto	909.576,12	909.576,12	1
F.-Venezia Giulia	302.751,55	302.751,55	1
Liguria	493.852,13	493.852,13	1
E.-Romagna	894.251,64	894.251,64	1
Toscana	724.449,64	724.449,64	1
Umbria	204.953,92	204.953,91	1
Marche	329.609,81	313.129,32	1
Lazio	1.158.602,86	1.158.602,86	2
Abruzzo	415.176,44	415.176,44	1
Molise	152.667,92		1
Campania	1.631.924,33		1
Puglia	1.186.587,05	1.186.587,04	2
Basilicata	207.515,64	197.234,89	1
Calabria	618.823,92	618.823,92	1
Sicilia	1.830.415,26	1.830.415,69	2
Sardegna	503.858,36	503.858,09	2
Riserva Iress, Pol, Izs, Iss ripartita con d.m. 27 agosto 2004	922.711,17	921.711,17	2
Totale	15.493.706,98	13.672.487,09	27

Fonte: dati del Ministero della salute.

CAPITOLO V

IL PARTENARIATO PUBBLICO PRIVATO E IL *PROJECT FINANCING* IN SANITA'

Sommario: 1. Introduzione - 2. La *partnership* pubblico-privato (Ppp). - 3. Creazione di un *advisor* specializzato in Ppp.

1. Introduzione

In generale, mette conto rilevare che la scarsità delle risorse di bilancio disponibili per gli investimenti pubblici determina ripercussioni di particolare impatto nel settore sanitario, specie per quanto riguarda l'adeguamento alle tecnologie più avanzate delle strumentazioni tecnologiche di maggior valore diagnostico e terapeutico. Tale situazione determina due fenomeni, diversi, ma convergenti: da un lato, la scarsa efficacia delle prestazioni direttamente rese dal Servizio sanitario nazionale; dall'altro lato, la ricerca, da parte del Servizio nazionale, di modalità operative che, coinvolgendo l'interesse dei privati imprenditori, siano in grado di sopperire alla carenza delle risorse pubbliche.

Ciò comporta, anche ai fini del mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, il crescente affidamento a strutture private di quote di prestazioni che, pur intestate al Servizio nazionale, sono erogate da strutture private variamente convenzionate o accreditate con il Servizio stesso e con oneri correnti a carico di questo.

Ne discende la necessità di una riflessione circa l'esigenza di impostare, anche in una prospettiva di medio-lungo periodo, programmi di investimento che consentano di riportare sotto controllo la spesa corrente per il finanziamento degli investimenti privati, "sostitutivi" delle carenze dell'intervento pubblico. Il che dovrebbe comportare, altresì, una rinnovata attenzione alle strategie di ricorso al Ppp, soprattutto in termini di cautela nell'assunzione, a carico della finanza pubblica, di impegni finanziari prolungati nel tempo per sostenere forme di *partnership* in settori di attività (come quelli nei quali ci si avvale di strumentazioni mediche complesse) soggetti a continue evoluzioni tecnologiche, ovvero (come nella fornitura di servizi strumentali) a rapide innovazioni dei processi produttivi; donde il possibile venir meno, nel volgere di pochi anni, delle ragioni di convenienza economica e di efficienza che avevano ispirato il ricorso a tale strumento.

2. La *partnership* pubblico-privato (Ppp)

Dall'istruttoria è emerso come il ricorso al partenariato è stato considerato da parte di alcune regioni un'opportunità per fronteggiare la crescente domanda dei servizi di qualità, per attuare il rinnovo del patrimonio edilizio e tecnologico sanitario, nonché per introdurre, su vasta scala, le tecnologie biomedicali più avanzate; ciò a causa della progressiva difficoltà a provvedere con i finanziamenti pubblici, ex art. 20 l. n. 67/1988.

Nell'ambito della realizzazione di nuove strutture, la collaborazione del privato è stata ritenuta importante per alcuni obiettivi ritenuti irraggiungibili dalla *governance* pubblica, quali la riduzione dei tempi di realizzazione delle opere, l'acquisizione di tecnologie costruttive innovative e di strumenti manutentivi ed ancora per l'utilizzo di modelli gestionali più efficienti. Tutto ciò per garantire, con minori costi e con tempi certi, l'operatività, la qualità dei servizi e degli ambienti di cura, oltre al benessere del paziente.

Tuttavia, dai dati prodotti dal Ministero è emerso che, in media, gli interventi hanno impiegato 700 giorni in più per essere portati a compimento rispetto a quanto previsto in fase di programmazione. Inoltre, la durata media della gestione è stata di quasi 23 anni e ha raggiunto i 25 anni nel caso di realizzazione di nuovi ospedali o di ristrutturazioni e ampliamenti.

Le regioni che hanno maggiormente utilizzato il Ppp per gli investimenti sanitari risultano essere il Veneto e la Lombardia, secondo due modelli abbastanza differenti, seguite dall'Emilia-Romagna e dalla Toscana.

Il Ministero ha fornito indicazioni relativamente alle prime due regioni. E' emerso che, per il Veneto, l'impulso ha avuto origine da proposte di iniziativa privata per i due contratti relativi all'ospedale di Mestre e a quello di Castelfranco Veneto.

In Lombardia, invece, il ricorso al Ppp è risultato come scelta di *policy* regionale attraverso il ricorso ad un importante investimento effettuato da Finlombarda s.p.a. (società *in house* della Regione Lombardia), attualmente Infrastrutture lombarde s.p.a.

Tuttavia, le risultanze dell'istruttoria, hanno evidenziato che non sono state sfruttate al meglio le potenzialità del *matching fund* pubblico-privato, ovvero la capacità del settore privato di gestire i rischi, in assenza di adeguati incentivi, così come l'ulteriore inclusione

nei contratti di molti servizi *non core*⁶⁷ ha determinato criticità in termini di sostenibilità delle operazioni e di flessibilità. Infatti, sempre secondo le informazioni fornite dal Dicastero, in una prima fase per l'ospedale di Mestre, l'ospedale di Castelfranco Veneto e per quattro ospedali toscani, dove i progetti prevedevano la costruzione di opere di grande rilievo con difficoltà e complessità gestionali, non erano previsti canoni di “disponibilità”⁶⁸, ma la remunerazione dell'investimento (il cui valore a carico dell'investitore privato era spesso ridotto per effetto dell'erogazione di un contributo pubblico) derivava dalle marginalità generate dalla gestione dei servizi *non core*, poiché si riteneva che il nuovo investimento si fosse ripagato esclusivamente con la gestione, senza generare addizionali voci di costo sul bilancio. Successivamente, in altre operazioni, al contrario, è stato introdotto il canone di “disponibilità” finalizzato a ripagare una buona parte dell'investimento al netto del contributo a fondo perduto presente nella maggior parte delle operazioni attualmente in essere.

Cosicché, si potrebbe pensare all'utilizzo di modelli più semplificati dove l'operazione di Ppp abbia per oggetto la sola costruzione/ristrutturazione del presidio ospedaliero oppure la gestione dei servizi strettamente correlati alla sua disponibilità, mentre all'operatore privato potrebbe riconoscersi una remunerazione correlata ad un canone di disponibilità, soggetta a decurtazioni e penali.

A tal proposito, il Ministero ha riferito che la Ragioneria generale dello Stato sta elaborando una bozza di convenzione tipo per garantire la corretta allocazione dei rischi per questo tipo di operazioni.

Il Dicastero, su richiesta istruttoria, ha condotto un'analisi sulle caratteristiche delle operazioni di Ppp realizzate in Italia mediante l'invio di un questionario a tutte le regioni che è stato, poi, compilato dalle aziende sanitarie.

Dai report regionali è emersa una eterogeneità dei dati trasmessi che ha comportato la necessità, da parte del Ministero, una volta verificata l'attendibilità delle informazioni

⁶⁷ Il *core business* è l'area d'interesse primario di un'azienda, e comprende le attività tramite le quali l'impresa persegue i propri obiettivi strategici ed è la più importante o la maggiore delle attività economiche dell'azienda. Le attività *non-core* comprendono invece tutti quei servizi che non rientrano nel *core-business* dell'impresa, ma che sono tuttavia necessari al suo funzionamento.

⁶⁸ Il contratto di disponibilità prevede l'affidamento, a rischio e a spese dell'affidatario, della costruzione e messa a disposizione a favore dell'amministrazione aggiudicatrice di un'opera di proprietà privata destinata all'esercizio di un pubblico servizio, a fronte di un corrispettivo. Questa tipologia di contratto differisce dagli altri strumenti di Ppp, come ad esempio la concessione e il *leasing* in costruendo, in quanto la titolarità dell'opera realizzata dall'affidatario del contratto è del tutto privata.

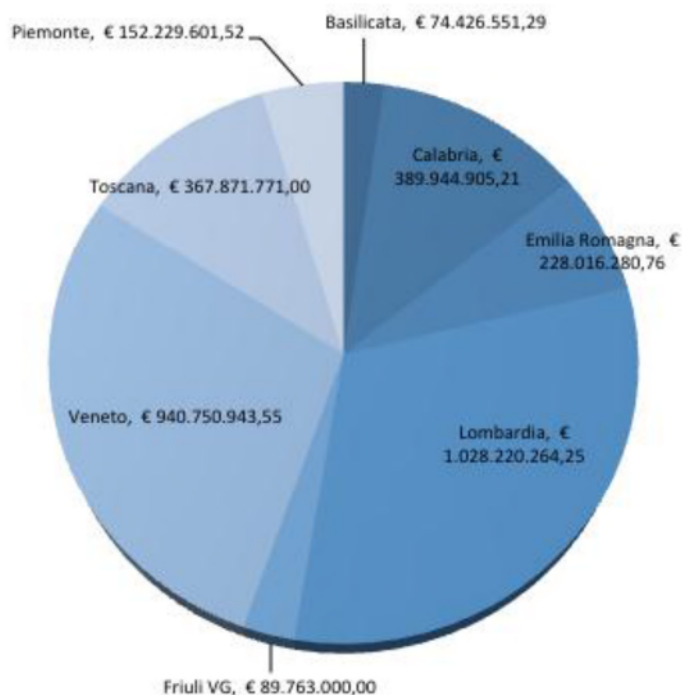
anche per gli accordi in Ppp non supportati dall'art. 20 l. n. 67/1988, di elaborare una scheda riassuntiva dalla quale si evince che attualmente sono stati stipulati 38 contratti per un valore complessivo di 3,271 miliardi (al netto di Iva), di cui 31 prevedono un canone di disponibilità.

Di questi contratti, quattordici sono serviti per la realizzazione di nuovi ospedali, otto per la ristrutturazione e ampliamento, due per il completamento di strutture ospedaliere compiute con logiche tradizionali, otto per la costruzione di poli sanitari satellite o altre strutture (quali per esempio laboratorio analisi o centro dialisi) e sei per interventi di efficientamento energetico.

Dell'intera somma, l'80,21 per cento è rappresentato dai fondi di cui all'art. 20 l. n. 67/1988, per il finanziamento degli accordi di programma della Basilicata (uno per l'ospedale unico Acuti di Lagonegro), della Calabria (uno per quattro ospedali: Catanzaro, il nuovo ospedale di Vibo Valentia, della Piana di Gioia Tauro e della Sibaritide), dell'Emilia-Romagna (tre per la Casa della salute Navile, per l'intervento di efficientamento energetico all'azienda ospedaliera di Bologna e per il nuovo ospedale S. Anna Cona di Ferrara), del Friuli-Venezia Giulia (uno per l'intervento di efficientamento energetico presso l'azienda ospedaliera di Udine), della Lombardia (nove per gli ospedali di Legnano, Como, Garbagnate e di Vimercate; per il completamento dell'ospedale di Bergamo; per la ristrutturazione e ampliamento degli ospedali Niguarda, Brescia e Monza e per la realizzazione del polo sanitario di Soresina); del Piemonte (uno per l'ospedale di Alba-Bra); della Toscana (uno per gli ospedali di Prato, Pistoia, Lucca ed Apuane); del Veneto (sette per gli ospedali di Mestre, Thiene e Este-Monselice; per la ristrutturazione ed ampliamento degli ospedali di Verona-Borgo Trento, Treviso, SS. Giovanni e Paolo a Venezia, Castelfranco Veneto e Montebelluna).

Nel grafico successivo si riportano i dati di distribuzione degli investimenti per singola regione.

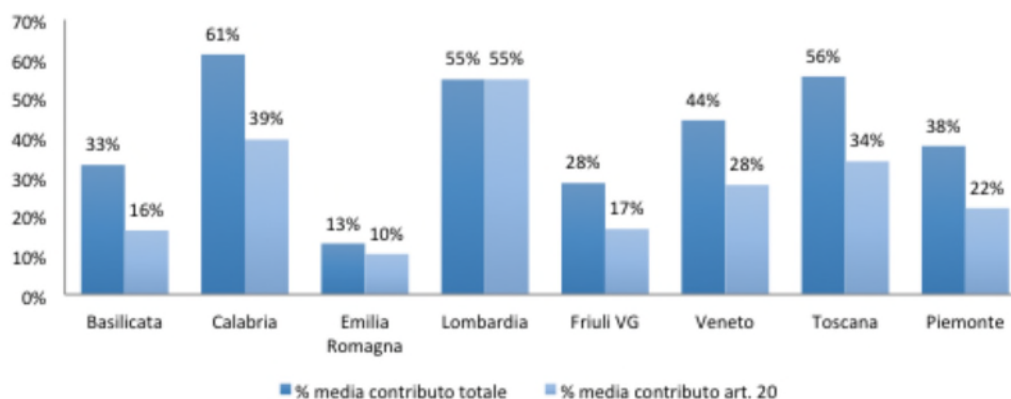
Grafico n. 3 - Distribuzione investimenti per regioni (importi)



Fonte: Ministero della salute.

Nel grafico seguente si riportano i dati afferenti le varie percentuali di distribuzione complessiva dei contributi.

Grafico n. 4 - Distribuzione investimenti per regioni (percentuale)



Fonte: Ministero della salute.

La logica di *matching fund* pubblico-privato è chiaramente messa in evidenza dall'incidenza dei contributi pubblici sul totale degli investimenti (dati al lordo di Iva), che ammonta a poco meno del 56 per cento. L'incidenza del contributo per la realizzazione di nuovi ospedali o per interventi di ristrutturazione ed ampliamento è leggermente inferiore ed è pari al 53 per cento.

Il valore delle varianti è stato molto limitato, pari a circa il 5 per cento.

In particolare, occorre evidenziare che risultano essere stati realizzati, in Ppp, ospedali di dimensioni maggiori, ma non sono mancati specifici casi di *project financing* che non sono ancora giunti alla fase di realizzazione, come nel caso della Regione Calabria di cui già si è detto.

Un'ulteriore prospettiva innovativa di partenariato pubblico-privato, emersa dalle argomentazioni fornite dal Ministero, riguarda l'attività di produzione di energia svolta dal privato come Energy Service Company (Esco) il quale rientra nei costi di investimento e trae il proprio profitto dai risparmi energetici ottenuti nelle strutture sanitarie in termini di fabbisogni di energia elettrica, calore ed eventualmente rinfrescamento.

Il contratto con la Esco prevede che la società investa nella modernizzazione degli impianti, sostituendo macchinari obsoleti e scarsamente efficienti con tecnologie in grado di ottimizzare l'efficienza energetica anche a tutela dell'interesse pubblico e può includere o escludere la fornitura del combustibile, l'installazione di impianti per l'uso di fonti rinnovabili e altre clausole accessorie.

Il ricorso a tale strumento consente una maggiore possibilità di monitoraggio, di controllo gestionale e beneficio ambientale attraverso la riduzione dell'emissione di gas climalteranti; i vantaggi rilevano non solo per l'Azienda sanitaria ma, soprattutto, per la salute della comunità.

Significativa appare l'esperienza dell'Azienda universitaria ospedaliera di Bologna che ha sottoscritto un contratto per la gestione dei servizi energetici, delle centrali tecnologiche e degli impianti e manutenzione edile per un periodo di 24 anni e 6 mesi, con una spesa complessiva di 37,4 milioni e con un investimento pubblico di 4 milioni.

La Corte dei conti non ha mancato di evidenziare (nell'ampia disamina dedicata all'argomento dalle Sezioni riunite in sede di controllo nel Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica) l'assenza di una visione strategica e programmatica chiara da parte del Ministero della salute per predisporre progetti fattibili e bancabili secondo modelli di

partnership.

L'utilizzo del Ppp come strumento "di emergenza" cui spesso si ricorre quando non sono identificabili altri strumenti, la dominanza degli operatori industriali di fatto provenienti prevalentemente dal settore delle costruzioni, nonché lo scarso coinvolgimento delle istituzioni finanziarie nonostante si tratti di contratti, sostanzialmente, di finanziamento di investimenti pubblici, non ha consentito di sfruttarne appieno le potenzialità per allocare i rischi in modo bilanciato, stimolando processi d'innovazione e scelte di mercato a favore delle imprese più virtuose.

Anche la polverizzazione di competenze, la mancata conoscenza reciproca tra operatori pubblici e privati, nonché la scarsa diffusione sulle informazioni di Ppp hanno determinato, di fatto, scarso interesse per tale strumento da parte di imprenditori, investitori e capitali stranieri.

Se i contratti di Ppp possono considerarsi come strumenti capaci di canalizzare capitali e *know how* privati nel settore degli investimenti pubblici, tuttavia, in materia di edilizia sanitaria vi è stato uno scarso stimolo per il settore privato nel sostenere modelli di *business* in grado di rispondere in modo più efficiente ed efficace ai bisogni sociali, oltre alle difficoltà che incontrano le stesse regioni nell'affrontare e sostenere, in proprio, le specifiche procedure di affidamento in concessione.

Dall'indagine, infatti, si è constatato che, in Calabria, il Commissario delegato, con sua determinazione n. 10 dell'8 novembre 2010, per carenza di proprie risorse, ha dovuto individuare nella società Infrastrutture Lombarde s.p.a. (società *in house* della Regione Lombardia) il soggetto incaricato delle attività di assistenza tecnica, supporto alla stazione appaltante ed al Rup per la realizzazione dei tre Ppp per gli ospedali: Vibo Valentia, Gioia Tauro e Sibaritide, da cui sono scaturiti costi per 1.454.534,97 euro, rimasti a totale carico dello Stato.

Tali risorse economiche, comunque, si sarebbero potute tesaurizzare e destinare ad altro fine qualora la competente Direzione generale, intervenendo con la sua potestà di vigilanza, avesse orientato il Commissario stesso a rivolgersi all'Utpf⁶⁹ (incardinata nell'ambito della

⁶⁹ L'art. 1, comma 589, l. 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) ha soppresso l'Unità tecnica finanza di progetto (Utp) e la materia del partenariato pubblico privato per la realizzazione di opere, programmi e interventi pubblici è stata trasferita al Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei ministri (Dipe). Perciò, le competenze del Dipe in argomento

Presidenza del Consiglio) che, quale istituzione tecnica a ciò deputata, ben avrebbe potuto fornire la medesima attività di assistenza specialistica, senza alcun esborso economico a carico del Ministero.

Va precisato, però, che il Nucleo di valutazione degli investimenti del Ministero, per questo settore, ha posto nell'ultimo anno maggiore attenzione, con raccomandazioni e supporto metodologico, alle operazioni di Ppp inserite negli accordi di programma regionali affinché tali strumenti siano utilizzati in modo più efficace e sostenibile, in grado di migliorare la qualità dei servizi, a parità di costi, misurati secondo logiche “*life cycle*”⁷⁰. Inoltre, il Nucleo intende mettere a sistema le conoscenze sviluppate nell'ambito dei primi contratti di Ppp sottoscritti dalle regioni al fine di stimolare lo sviluppo di una cultura e di una conoscenza tra le stesse amministrazioni locali e le aziende sanitarie per sostenere una diffusione proficua dello strumento, attraverso anche la diramazione di raccomandazioni puntuali.

In sostanza, in un'ottica di efficienza, il Ministero della salute ben potrebbe valorizzare lo schema del Ppp “*light*”⁷¹ utilizzandolo, non solo quale modalità di finanziamento integrativa di risorse pubbliche, ma, soprattutto, come modulo strutturale, semplice e facilmente governabile che sia idoneo ad apportare maggiore qualità ed efficacia per l'investimento da realizzare.

Prova ne è che anche il riveduto codice degli appalti pubblici, adottato con d.lgs. 18 aprile

sono:

- la promozione e la diffusione di modelli di partenariato pubblico-privato (Ppp);
- **l'assistenza gratuita alle pubbliche amministrazioni** attraverso la prestazione di servizi di assistenza tecnica, legale e finanziaria, in tutte le fasi dei procedimenti;
- il supporto al Ministero delle infrastrutture e dei trasporti e alle decisioni del Cipe nei procedimenti, attraverso contratti di Ppp, di infrastrutture strategiche;
- la raccolta dei dati e il monitoraggio ai fini della stima dell'impatto sul bilancio pubblico (deficit e debito) delle operazioni in Ppp;
- l'attivazione di rapporti di collaborazione con istituzioni, anche a livello internazionale, enti ed associazioni operanti nei settori di interesse per l'azione del Dipe in materia di Ppp e finanza di progetto.

⁷⁰ Per questa materia sussiste ancora una diseconomia fiscale tra il Ppp e l'appalto tradizionale in relazione all'aliquota Iva applicata che è del 22 per cento per il canone di disponibilità, rispetto a quella del 10 per cento applicata ai lavori di un tradizionale appalto.

⁷¹ Il Regno Unito, nel dicembre 2012, sulla scorta dell'esperienza maturata e, in particolare, per ridurre la rigidità e complessità dei tradizionali contratti di Ppp, cause principali dell'elevarsi dei costi di transazione, ha introdotto un modello di Ppp c.d. “*light*” che si è inserito nell'originaria politica Pfl, riadattandola alle nuove esigenze, ed ha assunto l'acronimo di Pf2.

Essa prevede l'affidamento alla società di progetto dei soli servizi legati alla gestione delle c.d. *facility*, perché più agevolmente controllabili e quasi completamente tipizzati. In particolare, i servizi che maggiormente vengono inclusi sono quelli relativi alle manutenzioni programmate, alla gestione degli impianti energetici e dei sistemi di monitoraggio delle *performance* o, ancora, i servizi connessi a piccole riparazioni, manutenzioni ed interventi straordinari.

2016, n. 50, ha disciplinato per la prima volta tale istituto in modo autonomo, che presuppone una sinergia tra poteri pubblici e privati per il finanziamento, la realizzazione o la gestione delle infrastrutture e dei servizi pubblici, affinché l'amministrazione possa disporre di maggiori risorse e acquisire, principalmente, soluzioni innovative.

2. Creazione di un *advisor* specializzato in Ppp

È indubbio che per sfruttare pienamente le potenzialità del Ppp e, in particolar modo, per stimolare il settore privato ad individuare modelli di *business* in grado di rispondere in modo più efficiente ed efficace ai bisogni sociali integrando le competenze della pubblica amministrazione, il ministero dovrebbe proporsi come interlocutore affidabile per gli operatori industriali, nazionali ed internazionali.

L'inquadramento del Ppp in una *policy* mirata alla realizzazione di progetti complessi a forte contenuto tecnologico o di innovazione, infatti, secondo quanto concluso dalle Sezioni riunite della Corte nel già citato Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2017, “potrebbe rendere il modello scalabile in senso selettivo, stimolando proprio la capacità d'innovazione del settore privato”.

Potrebbe auspicarsi, perciò, una programmazione che elabori progetti da pianificare ed avviare in pochi anni attraverso il ricorso all'utilizzo delle più elevate competenze manageriali ed imprenditoriali, affinché il ministero riesca a sviluppare una strategia di lungo termine per realizzare e gestire gli investimenti pubblici, anche al fine di evitare polverizzazione di competenze tra le istituzioni competenti in materia. Attualmente, invece, il Ministero non è in grado neppure di conoscere le fasi di attuazione e di realizzazione delle opere le quali, rientrando nell'iniziativa delle realtà regionali, di fatto, sono sottratte alla vigilanza statale.

A tal proposito, sarebbe utile che il Ministero della salute si proponesse esso stesso o tramite agenzie pubbliche (ad es. Invitalia) come cabina di regia “*advisor*”, per il raccordo con il mercato finanziario e supporto nella valutazione *ex ante* di fattibilità e finanziabilità dei progetti (e, pertanto, nell'identificazione delle opere che siano suscettibili di essere realizzate in Ppp), oltre che nella fase di gara e monitoraggio dei relativi contratti.

L'*advisor*, inoltre, dovrebbe essere di sostegno per le attività di raccordo tra le regioni e il Dipe che, con l'art. 1, c. 589, della legge di stabilità 28 dicembre 2015, n. 208, ha assunto

tutti i compiti in materia di Ppp già affidati all'Unità tecnica finanza di progetto (Utfp) di cui all'art. 7 l. 17 maggio 1999, n. 144⁷².

Fondamentale, inoltre, dovrebbe essere il suo ruolo di raccordo da svolgere sui mercati internazionali per l'attrazione di capitali e la promozione degli investimenti domestici. Ciò perché il c.d. *credit crunch*⁷³ ed i vincoli derivanti dalla c.d. "Basilea 3"⁷⁴, rendendo problematico l'accesso ai capitali, impongono maggiori quote di capitale di rischio nelle strutture finanziarie di progetti.

Ne consegue che, a differenza della prassi attuale (in cui già inizialmente viene stabilita la percentuale di finanziamento a carico del settore pubblico nel limite indicato dal c. 6, art. 180, d.lgs. 19 aprile 2017, n. 56), un investitore privato dovrebbe poter presentare offerte per la totalità delle risorse finanziarie necessarie al progetto, sulla base del fatto che nessun investimento potrebbe essere realizzato sul medesimo progetto da parte del soggetto pubblico.

⁷² Poteri ampliati dagli artt. 161 e 163 d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163, così come modificati dal d.lgs. 31 luglio 2017, n. 113 e, con riferimento al solo art. 161, dal d.l. 6 dicembre 2011, n. 201, convertito con modificazioni dalla l. 22 dicembre 2011, n. 214.

⁷³ Il "*credit crunch*" ovvero "stretta creditizia" può emergere dagli spontanei andamenti dell'economia o essere provocata dalle autorità monetarie.

⁷⁴ Trattasi di un articolato di provvedimenti di riforma, predisposto dal Comitato di Basilea, per la vigilanza bancaria tesa a rafforzare la regolamentazione, la vigilanza e la gestione del rischio del settore bancario. Tali provvedimenti mirano a: - migliorare la capacità del settore bancario di assorbire *shock* derivanti da tensioni economiche e finanziarie, indipendentemente dalla loro origine; - migliorare la gestione del rischio e la *governance*; - rafforzare la trasparenza e l'informativa delle banche.

CAPITOLO VI

CONSIDERAZIONI FINALI E RACCOMANDAZIONI

1. Dall'istruttoria è emerso che le finalità di cui all'art. 20 l. n. 67/1988 sono state solamente in parte realizzate ad eccezione di quelle della messa in sicurezza delle strutture ospedaliere, anche in osservanza delle norme antisismiche ed antincendio, le quali solo adesso trovano spazio nelle programmazioni regionali; da ciò deriva la raccomandazione che il Ministero, stante ormai la necessità di provvedere alla consumazione delle residue disponibilità finanziarie, ponga particolare attenzione per destinare queste agli scopi su indicati.

In particolare, come risulta dalle tabelle 16, 17 e 18, sussiste la necessità di procedere ad interventi infrastrutturali nel settore ospedaliero, che presuppongono un ulteriore stanziamento di risorse finanziarie per un importo complessivo pari a 32.016.103.253,17 euro. Tale ammontare è comprensivo di 12.280.674.947,83 euro per l'adeguamento antisismico (solo per le zone I e II) e di 3.046.567.401,02 euro per l'osservanza delle norme antincendio.

2. La normativa in materia (l. 3 agosto 2007, n. 120), che stabiliva la revoca dei finanziamenti relativi ad interventi di ristrutturazione edilizia per i quali la regione o provincia autonoma non avesse conseguito il collaudo entro il termine 31 gennaio 2009, è stata modificata dalla l. 8 novembre 2012, n. 189 in virtù della quale i termini di collaudo sono stati ulteriormente prorogati al 31 dicembre 2014.

Sarebbe necessario che il legislatore fissi un nuovo termine almeno per quelle opere, per le quali sono stati erogati finanziamenti, già iniziate ma incompiute affinché possano essere portate a conclusione.

3. In attuazione della delega legislativa conferita al governo dall'art. 30 l. n. 196/2009 (legge di contabilità e finanza pubblica), al fine di garantire la razionalizzazione, la trasparenza, l'efficienza e l'efficacia delle procedure di spesa relative ai finanziamenti in

conto capitale destinati alla realizzazione di opere pubbliche⁷⁵, è stato emanato il d.lgs. n. 228/2011, che, all'art. 2, ha previsto, tra l'altro, l'istituzione del Documento pluriennale di pianificazione (Dpp).

Allo stato attuale, è emerso che il Ministero della salute non ha ancora attuato la citata normativa, attese le difficoltà di carattere organizzativo connesse alle note carenze di personale e di professionalità necessarie. Si raccomanda, comunque, che venga adottata ogni utile iniziativa per predisporre, in tempi brevi, la specifica attività di programmazione (oltre alla stesura delle propedeutiche linee guida), affinché, nella sede delle c.d. “misure consequenziali” se ne dia informazione a questa Corte (entro i tempi previsti dall'art. 3, c. 6, l. n. 20/1994, così come modificato dall'art. 1, c. 172, l. n. 266/2005).

4. Nell'ottica di un miglioramento della programmazione e ottimizzazione del riparto delle risorse di bilancio, la Mexa, per come attualmente strutturata, non risulta certamente sufficiente a valutare l'effettiva validità degli interventi.

Infatti, essa dovrebbe consentire di effettuare la valutazione degli investimenti in sanità sia a sostegno del controllo strategico che a quello di gestione. Per ottenere questo risultato, occorre che la valutazione degli investimenti pubblici non sia confinata ad una dimensione meramente tecnica basata su semplici indicatori, ma diventi parte di un più ampio sistema di controllo manageriale che sia collegato ed interagisca con la fase della fissazione degli obiettivi e con la verifica dei risultati raggiunti.

Inoltre appare necessario che la nuova metodologia consenta, in particolar modo, di effettuare quei riscontri che erano alla base delle analisi propedeutiche agli investimenti mirate a definire il corretto ruolo della programmazione regionale in materia di servizi sanitari e socio-sanitari, considerando anche lo stato di conservazione e consistenza delle strutture del patrimonio edilizio pubblico, secondo una logica di razionalizzazione del patrimonio stesso e di valutazione dei relativi costi di gestione.

Risulta, vieppiù, assolutamente necessaria ed indefettibile la riorganizzazione e il miglioramento dell'informazione amministrativa e contabile dei fenomeni gestionali sottesi

⁷⁵ Le procedure di spesa relative ai finanziamenti in conto capitale destinati alla realizzazione di opere pubbliche, tramite la legge di contabilità e finanza pubblica n. 196/2009, vengono improntate al miglioramento della qualità delle strutture attraverso una complessa revisione della *governance* dei processi di pianificazione e di programmazione che assicurino la coerenza tra pianificazione di lungo periodo e programmazione triennale.

all'attuazione del programma di edilizia sanitaria ritenendo che il Ministero, per quel che riguarda i singoli interventi, non ha posto quella sufficiente attenzione, quale osservatore costante, del loro stato di avanzamento e delle cause cui siano scaturiti i ritardi.

Tale aspetto, come già segnalato, è un elemento indispensabile per assumere decisioni in tempo reale ed eventualmente rimediare tempestivamente alle distorsioni emergenti in corso d'opera, per cui potrebbe essere utile implementare gli studi, i programmi di ricerche e le indagini sull'andamento ed attuazione della programmazione, anche ricorrendo all'ausilio dell'Agenas che, in materia, ha già specifiche competenze attribuitele dalla Conferenza unificata del 2007.

Infine, il limitarsi a prendere contezza dello stato di avanzamento delle opere una volta all'anno, tramite l'inoltro da parte delle regioni al Ministero del documento cartaceo c.d. mod. "C", non appare assolutamente sufficiente, in quanto tali informazioni possono essere facilmente acquisibili (in tempo reale ed in ogni momento) dal dicastero attraverso la stipula di un protocollo d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze-Ragioneria generale dello Stato, in conformità con le modalità di accesso definite con l'art. 13 l. n. 196/2009 istitutivo della relativa banca dati.

5. In materia di Ppp, sarebbe auspicabile un'evoluzione dell'approccio, già previsto dal nuovo Codice degli appalti (art. 180, c. 6, l. n. 50/2016), per cui il soggetto pubblico opera come co-investitore di minoranza.

In sostanza, diversamente da quanto questa Corte ha riscontrato nella Regione Calabria, dove la proporzione dei finanziamenti è stata soltanto di circa il 30 per cento per la parte privata e dove il ricorso a quest'ultimo è servito soltanto a supplire, quasi all'ultimo momento, la contingente mancanza di risorse erariali, il co-investimento di capitale pubblico di minoranza, strategicamente prefissato da logiche non emergenziali, potrebbe invece consentire:

- a. un maggiore allineamento di interessi tra il settore pubblico e quello privato;
- b. una più ampia visibilità delle informazioni di progetto per un pieno coinvolgimento nel processo decisionale;
- c. una più conveniente gestione dei rischi di progetto.

Inoltre, questa Corte ha constatato che l'utilizzo emergenziale del Ppp (che ha visto coinvolti soltanto gli interessi imprenditoriali nell'ambito delle costruzioni) ed il raro

trascinamento delle istituzioni finanziarie, non ha consentito che tale metodica potesse diventare un reale volano per allocare i rischi in modo bilanciato, stimolando soprattutto i processi di innovazione e scrematura del mercato a favore delle imprese più competitive (criticità di selezione).

Per garantire che il Ministero possa svolgere un efficace ruolo propulsore potrebbe auspicarsi l'istituzione di un'idonea cabina di regia (*advisor*) di supporto delle competenti strutture del Ministero nel cui ambito siano allocate specifiche professionalità, anche in stretto collegamento con Invitalia s.p.a.

Tale organismo potrebbe anche essere in grado di fornire il supporto per il raccordo con il Dipe (Presidenza del Consiglio dei ministri) per sostenere la raccolta dei dati e monitorare – ai fini della stima dell'impatto sul bilancio pubblico (deficit e debito) – le specifiche operazioni in Ppp, oltre che per l'attivazione dei rapporti di collaborazione con le istituzioni, enti ed associazioni operanti nei settori bancari e finanziari.

Esso potrebbe avere un ruolo di ausilio tecnico che sia in grado di intervenire sia *ex ante*, nella valutazione di fattibilità e finanziabilità (e quindi nell'identificazione delle opere che siano suscettibili di essere realizzate in Ppp), sia, successivamente, nella fase della gara e, infine, nel monitoraggio dei contratti.

Valorizzando, altresì, esperienze di altri paesi, si potrebbe prevedere che il Ministero promuova determinati interventi, offrendone l'esecuzione a privati sulla base di progetti che giungano ad escludere del tutto l'impegno finanziario pubblico.

Sarebbe auspicabile, infine, che il Ministero dia preferenza soprattutto a quelle realtà imprenditoriali che presentano orizzonti d'investimento a lungo termine e che, soprattutto, finanzino i progetti già nella fase iniziale per evitare che sia sempre lo Stato ad avviare la capitalizzazione delle opere.

Ai fini di una strategia di lungo periodo sarebbe auspicabile che, almeno per le grandi apparecchiature sanitarie, il Ministero solleciti le regioni affinché le loro strutture territoriali recuperino, con apposito accantonamento ed in totale autonomia, quelle risorse finanziarie di ammortamento necessarie per il riacquisto dei nuovi macchinari, alla data della naturale dismissione di quelli vetusti e, quindi, senza apporto economico da parte dello Stato.

6. Sarebbe opportuno che il Ministero, il quale dovrebbe avere contezza di ogni iniziativa assunta da qualsiasi ente territoriale circa l'utilizzo di risorse proprie o europee in

materia di infrastrutture sanitarie, implementi, previe le necessarie intese, la propria banca dati affinché possa disporre, in tempo reale, delle informazioni necessarie a perfezionare la programmazione ed ottimizzare gli investimenti, seppur con le limitate risorse oggi ancora disponibili.

ALLEGATI

Tabella n. 34 - Accordi di programma sottoscritti

REGIONI	2012			2013			2014			2015			2016		
	data sottoscrizione	importo sottoscritto in euro	n. interventi	data sottoscrizione	importo sottoscritto in euro	n. interventi	data sottoscrizione	Importo sottoscritto in euro	n. interventi	data sottoscrizione	importo sottoscritto in euro	n. interventi	data sottoscrizione	importo sottoscritto in euro	n. interventi
Piemonte															
V. D'Aosta				12-mar	12.290.480,12	1									
Lombardia				5-mar	312.018.671,55	37									
P.A. Bolzano															
P.A. Trento															
Veneto	22-mar	35.000.000,00	1	1-mar	130.295.524,09	19									
F. Venezia Giulia				12-mar	89.124.253,75	2									
Liguria				8-mar	119.917.096,42	1									
E. Romagna				1-mar	131.592.131,56	52									
Toscana				8-mar	129.264.012,60	28									
Umbria				5-mar	53.179.901,93	22									
Marche													15-mar	7.248.111,06	1
*Lazio										26-nov	33.512.338,00	15			
Abruzzo										16-apr	11.400.000,00	1			
Molise							3-mar	5.652.500,00	1						
Campania										2-apr	35.625.000,00	1			
Puglia															
Basilicata													18-mag	73.494.124,70	29
Calabria															
Sicilia															
Sardegna															
TOTALE PER ANNO		35.000.000,00	1		...	162		5.652.500,00	1		80.537.338	17			30

* Nel 2011 non sono stati sottoscritti accordi.

Tabella n. 35 - Adp Regione Lombardia

Data sottoscrizioni	Cod. intervento	Tit. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
05/03/2013	030.030924.I.023	VI-60-adeguamenti strutturali ed impiantistici finalizzati alla razionalizzazione del policlinico ad integrazione del nuovo dea	31.368.204,08	29.684.129,85	1.568.410,20	115.664,03	29/01/2016		SI	0	29.684.129,85	0%
05/03/2013	030.030951.H.084	VI-45-ristrutturazione padiglione centrale, trasferimento laboratorio di anatomia patologica, acquisizione di attrezzature del presidio ospedaliero Macchi di Varese	16.580.000,00	15.636.177,24	829.000,00	114.822,76	24/02/2016			0	15.636.177,24	0%
05/03/2013	030.030959.H.077	VI - realizzazione di un nuovo comparto operatorio del Po di Cantù	3.196.356,93	3.036.539,09	159.817,84	0,00	12/12/2014		SI	0	3.036.539,09	0%
05/03/2013	030.030963.H.076	VI - adeguamento alla normativa antincendio del presidio ospedaliero di calcinate	2.097.340,01	1.992.473,01	104.867,00	0,00	12/12/2014	SI	SI	0	1.992.473,01	0%
05/03/2013	030.030963.H.077	VI - adeguamento alla normativa antincendio, spostamento e adeguamento day hospital del presidio ospedaliero di Romano di Lombardia -II lotto	2.371.313,46	2.252.747,79	118.565,67	0,00	12/12/2014		SI	0	2.252.747,79	0%
05/03/2013	030.030965.H.073	VI -16-interventi finalizzati all'accreditamento ed al riordino dei servizi presso il p.o. di Mantova	13.906.908,86	13.133.440,80	695.345,44	78.122,62	10/03/2016	SI		0	13.133.440,80	0%

Segue tabella n. 35

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tit. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
05/03/2013	030.030966.H.059	VI -40-adeguamento strutturale e impiantistico in area sanitaria, compresa l'acquisizione di attrezzature sanitarie	13.148.960,00	12.389.340,52	657.448,00	102.171,48	29/01/2016		SI	0	12.389.340,52	0%
05/03/2013	030.030968.H.078	VI -10-nuovo ospedale dei bambini - realizzazione di un nuovo volume ospedaliero e interventi di adeguamento e accreditamento di alcune aree presso il p.o. Buzzi	40.000.000,00	36.497.125,66	2.000.000,00	1.502.874,34	26/02/2016			0	36.497.125,66	0%
05/03/2013	030.030971.H.063	VI 19-ristrutturazione day hospital e ambulatori di reumatologia e ascensori - sede Cardinal Ferrari	1.571.662,79	1.487.284,45	78.583,14	5.795,20	12/12/2014		SI	285.962,80	1.201.321,65	19%
05/03/2013	030.030000.G.116	adeguamenti strutturali, impiantistici e interventi di messa a norma del presidio ospedaliero san Carlo Borromeo.	38.470.717,75	32.457.596,48	1.923.535,89	4.089.585,38	10/03/2016	SI		0	32.457.596,48	0%
05/03/2013	030.030000.G.117	ristrutturazione presidio ospedaliero "spedali civili di Brescia"	44.840.164,57	42.379.129,83	2.242.008,23	219.026,51	05/01/2016		SI	0	42.379.129,83	0%
05/03/2013	030.030000.G.120	interventi di completamento piano di riorganizzazione della rete ospedaliera del Garbagnatese	47.240.000,01	42.693.605,40	2.362.000,00	2.184.394,61	29/08/2014		SI	22.511.596,11	20.182.009,29	53%

Segue tabella n. 35

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tit. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
05/03/2013	030.030000.G.126	adeguamento alla normativa antincendio, adeguamento gas medicali, interventi messa in sicurezza per l'adeguamento ai requisiti di accreditamento del presidio ospedaliero S. Paolo	9.477.751,91	8.915.229,68	473.887,60	88.634,63	15/09/2014		SI	-	8.915.229,68	0%
05/03/2013	030.030952.H.060	ristrutturazione piani 1°, 2°, 3°, 4°, padiglione polichirurgico del presidio ospedaliero di Gallarate	5.783.171,47	5.419.001,30	289.158,57	75.011,60	12/12/2014		SI	542.355,33	4.876.645,97	10%
05/03/2013	030.030953.H.070	adeguamento strutturale e impiantistico del presidio ospedaliero di Busto Arsizio (Va)	5.360.000,00	5.072.236,06	268.000,00	19.763,94	27/08/2014		SI	679.179,34	4.393.056,72	13%
05/03/2013	030.030953.H.071	adeguamento strutturale e impiantistico del presidio ospedaliero di Tradate (Va)	6.200.000,00	5.840.295,08	310.000,00	49.704,92	27/08/2014		SI	0	5.840.295,08	0%
05/03/2013	030.030955.H.067	ristrutturazione e adeguamento impiantistico del presidio ospedaliero di chiari III lotto e p. o. Iseo II lotto	4.350.000,00	4.089.616,59	217.500,00	42.883,41	15/09/2014		SI	1.305.797,36	2.783.637,23	32%
05/03/2013	030.030956.H.063	adeguamento strutturale e impiantistico del presidio ospedaliero di Desenzano del Garda	7.358.313,93	6.936.422,26	367.915,70	53.975,97	27/08/2014		SI	0	6.936.422,26	0%

Segue tabella n. 35

Data sottoscrizioni	Cod. intervento	Tit. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
05/03/2013	030.030957.H.062	adeguamento alla normativa antincendio (iii lotto) e completamento interventi revisione servizi igienici del presidio ospedaliero di Cremona	3.350.000,00	2.598.509,27	167.500,00	583.990,73	27/08/2014		SI	865.061,49	1.733.447,78	33%
05/03/2013	030.030958.H.064	adeguamento strutturale e impiantistico del presidio ospedaliero di Crema III lotto	5.313.588,46	5.001.472,58	265.679,42	46.436,46	27/08/2014		SI	524.518,25	4.476.954,33	10%
05/03/2013	030.030964.H.068	ristrutturazione del servizio di radiologia del p. o. Seriate	1.054.000,00	743.642,23	52.700,00	257.657,77	27/08/2014		SI	0	743.642,23	0%
05/03/2013	030.030968.H.075	adeguamento strutturale e impiantistico del presidio ospedaliero di Cinisello Balsamo	2.292.008,23	2.168.956,49	114.600,41	8.451,33	15/09/2014		SI	600.269,94	1.568.686,55	28%
05/03/2013	030.030968.H.076	presidio ospedaliero di Sesto San Giovanni. adeguamento alle normative prevenzione incendi, impianti elettrici e barriere architettoniche	1.833.606,58	1.735.165,19	91.680,33	6.761,06	12/12/2014		SI	252.366,26	1.482.798,93	15%
05/03/2013	030.030969.H.065	completamento lavori di ristrutturazione presidi ospedalieri Fatebenefratelli e M. Melloni	10.748.804,74	10.091.199,47	537.440,24	120.165,03	18/12/2015		SI	0	10.091.199,47	0%

Segue tabella n. 35

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tit. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
05/03/2013	030.030971.H.061	ristrutturazione piano rialzato dell'edificio "padiglione ricovero" della sede di viale Monza per realizzazione della nuova sede a.r.e.u. e interventi di rimozione e rifacimento delle coperture contenenti amianto	4.738.875,95	4.457.614,84	236.943,80	44.317,31	15/09/2014		SI	489.031,32	3.968.583,52	11%
05/03/2013	030.030973.H.071	adeguamenti strutturali e impiantistici e messa a norma (compreso acquisto apparecchiature e arredi) del presidio ospedaliero di Abbiategrasso	5.393.735,44	5.077.316,69	269.686,77	46.731,98	15/09/2014		SI	1.614.719,59	3.462.597,10	32%
05/03/2013	030.030978.H.070	ristrutturazione del blocco a, b e piano 1° pad. c- II lotto del presidio ospedaliero di Lodi-reparto di degenza	1.440.690,89	1.363.344,08	72.034,54	5.312,27	15/09/2014		SI	0	1.363.344,08	0%
05/03/2013	030.030978.H.071	ristrutturazione degenze 2° piano presidio ospedaliero di S. Angelo	990.000,00	619.701,85	49.500,00	320.798,15	15/09/2014		SI	0	619.701,85	0%
05/03/2013	030.030979.H.088	adeguamento strutturale e impiantistico del presidio ospedaliero di Voghera- II lotto	3.429.156,96	3.218.211,13	171.457,85	39.487,98	15/09/2014		SI	0	3.218.211,13	0%
05/03/2013	030.030980.H.015	realizzazione del nuovo pronto soccorso	5.316.579,43	5.031.146,62	265.828,97	19.603,84	27/08/2014		SI	315.157,30	4.715.989,32	6%
TOTALE			339.221.912,45	312.018.671,53	16.961.095,62					29.986.015,09	282.032.474,44	10%

Tabella n. 36 - Adp Regione Valle d'Aosta

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
12/03/2013	020.020000.G.018	Realizzazione parcheggio nord via Roma a servizio del presidio unico ospedaliero u. Parini (prima fase)	13.190.000,00	12.290.480,12	659.500,00	240.019,88	10/01/2014		SI	12.290.480,12	0	100%

Tabella n. 37 - Adp Regione Veneto

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
22/03/2012	050.050901.H.085	Adeguamento gruppo operatorio e terapie intensive - Azienda Ospedaliera di Padova	40.000.000,00	35.000.000,00	2.000.000,00	3.000.000,00	06/09/2013	SI	SI			
01/03/2013	050.050101.U.075	1 - adeguamento del pronto soccorso dell'ospedale di pieve di Cadore (BL) - 1^ fase	1.434.767,76	1.190.024,75	71.738,39	173.004,62	03/07/2014		SI	1.054.926,67	135.098,08	89%
01/03/2013	050.050102.U.071	2 - adeguamento del pronto soccorso dell'ospedale di Feltre (BL) - 1^ fase	26.979.000,00	1.293.505,17	1.348.950,00	24.336.544,83	15/01/2014		SI	0	1.293.505,17	0%
01/03/2013	050.050103.U.067	3 - attivazione dell'ospedale di Asiago (VI) - 1^ fase	27.480.000,00	2.845.711,37	1.374.000,00	23.260.288,63	17/01/2014		SI	0	2.845.711,37	0%
01/03/2013	050.050105.U.070(H.070)	4 - realizzazione di una nuova struttura ospedaliera per acuti dell'Aulss n. 5 - 1^ fase	31.076.598,15	24.576.598,15	1.553.829,91	4.946.170,09	29/08/2014	SI	SI	6.573.267,98	18.003.330,17	27%
01/03/2013	050.050106.U.078	5 - adeguamento del pronto soccorso e delle terapie intensive dell'ospedale san Bortolo di Vicenza - 1^ fase	3.429.000,00	2.788.694,55	171.450,00	468.855,45	17/01/2014		SI	0	2.788.694,55	0%
01/03/2013	050.050108.U.071	6 - adeguamento del pronto soccorso dell'ospedale di Montebelluna (TV) - 1^ fase	2.198.958,78	2.069.608,27	109.947,94	19.402,57	14/01/2014		SI	2.069.608,27	-	100%

Segue tabella n. 37

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
01/03/2013	050.050109.U.079	7 - realizzazione della cittadella sociosanitaria, integrata nell'area del presidio ospedaliero "ca' foncello" di Treviso	224.000.000,00	50.000.000,00	11.200.000,00	162.800.000,00	17/01/2014	SI	SI	-	50.000.000,00	0%
01/03/2013	050.050110.U.089	8 - adeguamento del servizio dialisi, degli ambulatori e day surgery dell'ospedale di San Dona' di Piave (VE) - 1^ fase	3.104.412,40	2.587.010,33	155.220,62	362.181,45	02/07/2014	SI	SI	-	2.587.010,33	0%
01/03/2013	050.050113.U.074	9 - adeguamento dell'emodialisi dell'ospedale di Mirano (VE) - 1^ fase	1.293.505,17	1.190.024,75	64.675,26	38.805,16	03/07/2014		SI	564.600,67	625.424,08	47%
01/03/2013	050.050114.U.060	10 - adeguamento strutturale e tecnologico dell'ospedale di Chioggia (VE) - 1^ fase	8.200.000,00	7.243.628,93	410.000,00	546.371,07	17/01/2014		SI	5.297.703,01	1.945.925,92	73%
01/03/2013	050.050115.U.072	11 - adeguamento del servizio dialisi dell'ospedale di cittadella (pd) e del reparto di nefrologia e dialisi dell'ospedale di Camposampiero (pd) - 1^ fase	1.034.804,13	983.063,93	51.740,20	0,00	17/01/2014		SI	983.063,93	-	100%

Segue tabella n. 37

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
01/03/2013	050.050116.U.085	12 - adeguamento del pronto soccorso dell'ospedale di Piove di sacco (PD) - 1^ fase	2.150.000,00	1.034.804,13	107.500,00	1.007.695,87	02/07/2014		SI	427.475,74	607.328,39	41%
01/03/2013	050.050120.U.072	13 - adeguamento viabilita' del pronto soccorso dell'ospedale di San Bonifacio (VR) - 1^ fase	1.034.804,13	931.323,72	51.740,21	51.740,20	11/08/2014	SI	SI	607.229,64	324.094,08	65%
01/03/2013	050.050901.H.087	14 - adeguamento sismico del corpo trattamenti dell'ospedale civile "policlinico" di Padova - 1^ fase	3.206.797,68	2.845.711,37	160.339,88	200.746,43	29/08/2014		SI	1.734.613,85	1.111.097,52	61%
01/03/2013	050.050902.H.076	18 - adeguamento padiglioni dell'ospedale civile maggiore Borgo Trento di Verona - 1^ fase	4.253.113,43	3.363.113,43	212.655,67	677.344,33	02/07/2014	SI	SI	0	3.363.113,43	0%
01/03/2013	050.050902.H.077	15 - adeguamento sismico delle strutture dell'ospedale civile maggiore Borgo Trento e dell'ospedale policlinico borgo Roma di Verona - 1^ fase	19.700.000,00	2.845.711,37	985.000,00	15.869.288,63	23/06/2014		SI	2.845.711,37	-	100%

Segue tabella n. 37

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
01/03/2013	050.050902.H.078	17 - ristrutturazione dell'area geriatrica dell'ospedale civile maggiore Borgo Trento di Verona - 1^ fase	10.483.234,53	9.830.639,25	524.161,73	128.433,55	03/07/2014		SI	0	9.830.639,25	0%
01/03/2013	050.050902.H.079	19 - ristrutturazione per riorganizzazione e opere preliminari dell'ospedale policlinico "G.B.Rossi" borgo Roma di Verona - 1^ fase	4.656.698,85	4.397.917,56	232.834,94	25.946,35	02/07/2014		SI	1.119.595,57	3.278.321,99	25%
01/03/2013	050.050105.U.071 (H.071)	21 - realizzazione di una nuova struttura ospedaliera per acuti dell'aulss n. 5 - 1^ fase	31.076.598,15	4.000.000,00	1.553.829,91	25.522.768,24	28/08/2014	SI	SI	0	4.000.000,00	0%
01/03/2013	050.050115.U.073	20 - lavori di realizzazione della sopraelevazione dell'erigenda piastra presso l'ospedale di Cittadella	30.906.512,66	4.278.433,06	1.545.325,63	25.082.753,97	11/07/2014		SI	4.278.433,06	-	100%
TOTALE			437.698.805,82	130.295.524,09						27.556.229,76	102.739.294,33	21%

Tabella n. 38 - Adp Regione Liguria

Data sottoscriziona	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
08/03/2013	070.070105.U.184	10/5/h/09 costruzione nuovo ospedale della Spezia	175.050.000,00	119.917.096,42	8.752.500,00	46.380.403,58	08/04/2014	SI	SI	10.770.880,60	109.146.215,82	9%

Tabella n. 39 - Adp Regione Emilia-Romagna

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
01/03/2013	080.080103.U.090	Ap 17bis "ristrutturazione sede del distretto e servizi territoriali a Casatenovo ne monti"	2.992.500,00	2.842.875,00	149.625,00	0,00	09/07/2014	SI	SI	0	2.842.875,00	0%
01/03/2013	080.080103.U.091	Ap 17ter "manutenzione straordinaria presso la struttura di via delle ortolane a Reggio Emilia per la realizzazione del nuovo centro di odontoiatria e otorinolaringoia Tria"	724.119,08	656.450,00	36.205,95	31.463,13	09/07/2014		SI	0	656.450,00	0%
01/03/2013	080.080904.H.077	Ap 19bis "miglioramento antismico, ripristino e finitura aree di supporto degenze monoblocco"	2.270.000,00	2.156.500,00	113.500,00	0,00	09/07/2914	SI	SI	0	2.156.500,00	0%
01/03/2013	080.080111.U.069	Ap.63 - ristrutturazione casa della salute grande del presidio sanitario di Forlimpopoli	420.000,00	358.660,15	21.000,00	40.339,85	20/01/2014	SI	SI	0	358.660,15	0%
01/03/2013	080.080908.H.080	Ap.33 - completamento delle aree destinate a diagnostica, sale operatorie, degli spazi di supporto e di accoglienza del polo-cardio-toraco-vascolare	3.416.791,35	3.245.951,78	170.839,57	0,00	18/02/2014		SI	2.052.526,23	1.193.425,55	63%
01/03/2013	080.080908.H.081	Ap. 35 - ammodernamento tecnologico, apparecchiature sanitarie, apparecchiature informatiche e acquisizione di arredi	9.000.000,00	8.550.000,00	450.000,00	0,00	17/01/2014	SI	SI	8.264.047,45	285.952,55	97%
01/03/2013	080.080909.H.052	Ap 50 bis completamento della dotazione e dell'ammodernamento tecnologico del nuovo arcispedale S. Anna	4.000.000,00	3.800.000,00	200.000,00	0,00	04/09/2014	SI	SI	0	3.800.000,00	0%

Segue tabella n. 39

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
01/03/2013	080.080110.U.088	Ap 57bis ampliamento e ristrutturazione del presidio ospedaliero di Faenza	7.261.800,00	6.898.710,00	363.090,00	0,00	04/09/2014	SI	SI	0	6.898.710,00	0%
01/03/2013	080.080110.U.089	Ap 57ter ammodernamento tecnologico apparecchiature sanitarie e informatiche.	1.628.200,00	1.546.790,00	81.410,00	0,00	09/07/2014	SI	SI	1.546.790,00	0	100%
01/03/2013	080.080101.U.091	Ap01 - acquisto attrezzature e arredi per strutture sanitarie	1.619.263,68	1.538.300,50	80.963,18	0,00	14/01/2014	SI	SI	867.159,32	671.141,18	56%
01/03/2013	080.080101.U.092	Ap02 - realizzazione casa della salute distretto di levante	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	0,00	03/09/2014		SI	307.083,71	642.916,29	32%
01/03/2013	080.080101.U.093	Ap03 - adeguamento funzionale e messa in sicurezza delle strutture sanitarie del distretto di levante	2.000.000,00	1.900.000,00	100.000,00	0,00	31/01/2014		SI	1.609.026,68	290.973,32	85%
01/03/2013	080.080101.U.094	Ap04 - adeguamento funzionale e messa in sicurezza delle strutture sanitarie del distretto di ponente	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	0,00	03/09/2014		SI	523.117,53	426.882,47	55%
01/03/2013	080.080101.U.095	Ap05 - adeguamento funzionale e messa in sicurezza del presidio ospedaliero di Piacenza	2.500.000,00	2.375.000,00	125.000,00	0,00	31/01/2014	SI	SI	2.156.066,46	218.933,54	91%

Segue tabella n. 39

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
01/03/2013	080.080102.U.072	Ap11 - realizzazione ampliamento ospedale di Vaio (Fidenza)	15.616.927,76	5.829.764,40	780.846,39	9.006.316,97	31/01/2014	SI	SI	0	5.829.764,40	100%
01/03/2013	080.080103.U.080	Ap14 - realizzazione casa della salute distretto di Reggio Emilia zona nord	2.000.000,00	1.900.000,00	100.000,00	0,00	02/07/2014		SI	1.900.000,00	0	100%
01/03/2013	080.080103.U.081	Ap15 - realizzazione casa della salute distretto di Reggio Emilia zona ovest	2.000.000,00	1.900.000,00	100.000,00	0,00	02/07/2014	SI	SI	1.900.000,00	0	100%
01/03/2013	080.080104.U.083	Ap23 - realizzazione di un nucleo di cure primarie strutturale a Modena	5.800.000,00	5.510.000,00	290.000,00	0,00	03/09/2014	SI	SI	0	5.510.000,00	0%
01/03/2013	080.080104.U.084	Ap24 - completamento degli interventi di prevenzione incendi ospedale di Castelfranco Emilia	1.050.000,00	997.500,00	52.500,00	0,00	03/09/2014		SI	489.327,23	508.172,77	49%
01/03/2013	080.080104.U.085	Ap25 - opere per la messa in sicurezza ospedale di Pavullo nel Frignano	1.450.000,00	1.377.500,00	72.500,00	0,00	03/09/2014		SI	180.208,18	1.197.291,82	13%
01/03/2013	080.080104.U.088	Ap28 - ristrutturazione ed adeguamenti normativi ospedale di Vignola	1.200.000,00	1.140.000,00	60.000,00	0,00	03/09/2014		SI	830.342,19	309.657,81	73%

Segue tabella n. 39

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
01/03/2013	080.080104.U.089	Ap29 - interventi di adeguamento funzionale e operativo ospedale di Carpi	1.228.152,21	976.744,60	61.407,61	190.000,00	03/09/2014		SI	346.693,51	630.051,09	35%
01/03/2013	080.080104.U.090	Ap30 - ammodernamento tecnologico sistema informatico aziendale	1.200.000,00	1.140.000,00	60.000,00	0,00	02707/2014	SI	SI	0	1.140.000,00	0%
01/03/2013	080.080104.U.091	Ap31 - acquisizione e messa in servizio di dispositivi hardware e nuove funzionalità applicative per il sistema informatico/informativo sanitario	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	0,00	02/07/2014	SI	SI	0	950.000,00	0%
01/03/2013	080.080104.U.092	Ap32 - ammodernamento tecnologico attrezzature sanitarie	3.001.200,00	2.850.000,00	150.060,00	1.140,00	14/04/2014	SI	SI	0	2.850.000,00	0%
01/03/2013	080.080106.U.064	Ap47 - intervento di manutenzione straordinaria reparto di geriatria e lungodegenza ospedale di Imola	3.106.135,39	2.950.828,62	155.306,77	0,00	23/06/2014	SI	SI	0	2.950.828,62	0%
01/03/2013	080.080106.U.065	Ap48 - realizzazione casa della salute presso polo sanitario di Castel san Pietro terme - 1° stralcio	571.409,89	542.839,40	28.570,49	0,00	23/06/2014		SI	394.220,86	148.618,54	73%
01/03/2013	080.080108.U.090	Ap38 - realizzazione nuovo poliambulatorio Navile	13.989.202,95	9.580.449,92	699.460,15	3.709.292,88	03/09/2014	SI	SI	793.962,78	8.786.487,14	8%

Segue tabella n. 39

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
01/03/2013	080.080108.U.091	Ap39 - ristrutturazione monoblocco ospedale maggiore	4.000.000,00	3.800.000,00	200.000,00	0,00	20/01/2014	SI	SI	0	3.800.000,00	0%
01/03/2013	080.080109.U.069	Ap51 - realizzazione casa della salute a Bondeno	2.708.648,03	1.520.000,00	135.432,40	1.053.215,63	04/09/2014	SI	SI	0	1.520.000,00	0%
01/03/2013	080.080109.U.070	Ap52 - interventi di ristrutturazione per adeguamenti normativi ospedale di Argenta	500.000,00	475.000,00	25.000,00	0,00	04/09/2014	SI	SI	0	475.000,00	0%
01/03/2013	080.080109.U.071	Ap53 - interventi di ristrutturazione per adeguamenti normativi ospedale di Cento	1.925.088,82	1.828.834,38	96.254,44	0,00	04/09/2014	SI	SI	0	1.828.834,38	0%
01/03/2013	080.080109.U.072	Ap54 - acquisto attrezzature e arredi per ospedali	546.000,00	518.700,00	27.300,00	0,00	04/09/2014	SI	SI	0	518.700,00	0%
01/03/2013	080.080109.U.073	Ap55 - ristrutturazione area ospedale s. Anna per funzioni territoriali aziende sanitarie	2.000.000,00	1.900.000,00	100.000,00	0,00	04/09/2014	SI	SI	0	1.900.000,00	0%
01/03/2013	080.080109.U.074	Ap56 - sistema informatico per l'implementazione della cartella clinica	556.842,58	529.000,45	27.842,13	0,00	02/07/2014	SI	SI	0	529.000,45	0%

Segue tabella n. 39

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
01/03/2013	080.080110.U.087	Ap58 - acquisto di attrezzature ed arredi per le attività sanitarie e per l'ampliamento delle reti hub and spoke di area vasta romagna	2.050.519,90	1.947.993,91	102.526,00	0,00	17/01/2014	SI	SI	1.947.993,91	0	100%
01/03/2013	080.080111.U.063	Ap59 - acquisto attrezzature per imaging sanitario	1.045.000,00	964.250,00	52.250,00	28.500,00	31/01/2014	SI	SI	964.250,00	0	100%
01/03/2013	080.080111.U.064	Ap60 - acquisizione attrezzature per attività chirurgica, internistica e comfort per il paziente	680.000,00	636.500,00	34.000,00	9.500,00	31/01/2014	SI	SI	636.500,00	0	100%
01/03/2013	080.080111.U.065	Ap61 - acquisizione attrezzature sanitarie e informatiche per attività distrettuali per integrazione territorio/ospedale	450.000,00	418.000,00	22.500,00	9.500,00	18/02/2014	SI	SI	0	418.000,00	0%
01/03/2013	080.080111.U.068	Ap64 - adeguamenti normativi e funzionali ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì	2.900.000,00	2.626.198,20	145.000,00	128.801,80	04/09/2014	SI	SI	0	2.626.198,20	0%
01/03/2013	080.080112.U.064	Ap65 - acquisizione attrezzature per il rinnovamento tecnologico della rete hub and spoke di area vasta romagna	600.000,00	570.000,00	30.000,00	0,00	31/01/2014		SI	570.000,00	0	100%
01/03/2013	080.080112.U.065	Ap66 -acquisizione attrezzature per l'ammodernamento tecnologico dei blocchi operatori degli ospedali	600.000,00	570.000,00	30.000,00	0,00	31/01/2014		SI	570.000,00	0	100%

Segue tabella n. 39

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
01/03/2013	080.080112.U.066	Ap67 - opere di miglioramento strutturale ed impiantistico dell'ospedale di Cesena	4.576.750,89	4.347.913,35	228.837,54	0,00	04/09/2014	SI	SI	0	4.347.913,35	0%
01/03/2013	080.080113.U.072	Ap69 - completamento dea ospedale di Rimini	10.900.000,00	8.171.256,56	545.000,00	2.183.743,44	04/09/2014	SI	SI	0	8.171.256,56	0%
01/03/2013	080.080902.H.075	Ap07 - interventi per adeguamento prevenzione incendi	1.500.000,00	1.425.000,00	75.000,00	0,00	23/06/2014		SI	0	1.425.000,00	0%
01/03/2013	080.080902.H.077	Ap09 - ammodernamento tecnologico apparecchiature sanitarie e informatiche	4.450.076,86	4.227.573,02	222.503,84	0,00	22/01/2014		SI	0	4.227.573,02	0%
01/03/2013	080.080902.H.078	Ap10 - acquisizione apparecchiature sanitarie ed arredi da destinare al dipartimento polispecialistico	3.200.000,00	3.040.000,00	160.000,00	0,00	22/01/2014		SI	0	3.040.000,00	0%
01/03/2013	080.080903.H.062	Ap12 - ristrutturazione ed ammodernamento tecnologico per riqualificazione funzionale corpi del monoblocco storico	11.065.213,20	8.609.206,73	553.260,66	1.902.745,81	23/06/2014	SI	SI	3.909.227,81	4.699.978,92	45%
01/03/2013	080.080904.H.075	Ap21 - ammodernamento attrezzature diagnostico-terapeutiche	2.268.121,67	2.154.715,59	113.406,08	0,00	14/04/2014	SI	SI	1.905.131,32	249.584,27	88%

Segue tabella n. 39

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
01/03/2013	080.080904.H.076	Ap22 - ammodernamento tecnologico attrezzature e sistemi informatici aziendali	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	0,00	14/04/2014	SI	SI	709.410,20	240.589,80	75%
01/03/2013	080.080909.I.007	Ap49 - potenziamento diagnostica per immagini e radioterapia	1.080.000,00	1.026.000,00	54.000,00	0,00	31/01/2014	SI	SI	1.026.000,00	0	100%
01/03/2013	080.080960.I.054	Ap41 - adeguamenti normativi e miglioramento comfort reparti di degenza	3.418.103,00	3.241.506,40	170.905,15	5.691,45	03/09/2014	SI	SI	0	3.241.506,40	0%
01/03/2013	080.080960.I.055	Ap42 - realizzazione aree di supporto per accoglienza utenti e dipendenti	715.388,00	679.618,60	35.769,40	0,00	03/09/2014		SI	0	679.618,60	0%
TOTALE			157.781.455,26	131.592.131,56	7.889.072,76	18.300.250,94				36.399.085,37	95.193.046,19	6,4%

Tabella n. 40 - Adp Regione Toscana

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tit. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
08/03/2013	090.090902.H.100	Realizzazione nuovo blocco operatorio nel po delle scotte di Siena	13.375.000,00	12.706.250,00	668.750,00	0,00	28/09/2015	SI	SI	0	12.706.250,00	0%
08/03/2013	090.090107.U.096	Diagnosi e cura cardiopatie, potenziamento percorso riabilitativo e laboratorio	1.053.000,00	1.000.000,00	52.650,00	350,00	28/09/2015		SI	0	1.000.000,00	0%
08/03/2013	090.090101.U.093	Rinnovo e potenziamento attrezzature sanitarie	1.281.081,05	1.217.027,00	64.054,05	0,00	15/09/2014	SI	SI	0	1.217.027,00	0%
08/03/2013	090.090101.U.094	Adeguamento infrastrutture, hardware e software, azienda usll Massa e Carrara	1.850.000,00	1.757.500,00	92.500,00	0,00	15/09/2014	SI	SI	0	1.757.500,00	0%
08/03/2013	090.090104.U.077	Restauro delle facciate degli edifici storici presenti in p.zza ospedale a Prato	504.000,00	478.800,00	25.200,00	0,00	15/09/2014	SI	SI	0	478.800,00	0%
08/03/2013	090.090104.U.078	Acquisizione di apparecchiature elettromedicali ed informatiche	1.500.000,00	1.425.000,00	75.000,00	0,00	15/09/2014		SI	595.013,52	829.986,48	42%
08/03/2013	090.090107.U.092	Rinnovo diagnostiche pesanti	3.157.894,74	3.000.000,00	157.894,74	0,00	15/09/2014		SI	0	3.000.000,00	0%

Segue tabella n. 40

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tit. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
08/03/2013	090.090107.U.093	Progetto chirurgia mini-invasiva	1.600.000,00	1.520.000,00	80.000,00	0,00	15/09/2014		SI	0	1.520.000,00	0%
08/03/2013	090.090107.U.094	Riqualificazione Po Abbadia s.s. (fase 3)	1.300.000,00	1.235.000,00	65.000,00	0,00	15/09/2014	SI	SI	0	1.235.000,00	0%
08/03/2013	090.090902.H.092	Day surgery e chirurgia ambulatoriale	2.000.000,00	1.900.000,00	100.000,00	0,00	15/09/2014	SI	SI	0	1.900.000,00	0%
08/03/2013	090.090902.H.093	Ristrutturazione area di terapia intensiva e sub intensiva	2.200.000,00	2.090.000,00	110.000,00	0,00	15/09/2014	SI	SI	0	2.090.000,00	0%
08/03/2013	090.090902.H.082	Settore attività diagnostica (ristrutturazione radiologia e realizzazione endoscopia)	2.500.000,00	2.375.000,00	125.000,00	0,00	15/09/2014	SI	SI	0	2.375.000,00	0%
08/03/2013	090.090902.H.083	Settore attività laboratoristica (messa a norma laboratorio di anatomia patologica e officina trasfusionale)	3.000.000,00	1.900.000,00	150.000,00	950.000,00	15/09/2014	SI	SI	0	1.900.000,00	0%
08/03/2013	090.090902.H.085	Fornitura di attrezzature e servizi	1.719.223,16	1.633.262,00	85.961,16	0,00	15/09/2014		SI	0-	1.633.262,00	0%

Segue tabella n. 40

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tit. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
08/03/2013	090.090903.H.125	A.o.u. Careggi eas - realizzazione nuovo blocco operatorio diagnostica e farmacia	37.776.279,31	30.500.000,00	1.888.813,97	5.387.465,34	13/03/2014		SI	3.192.901,50	27.307.098,50	10%
08/03/2013	090.090102.U.099	Realizzazione nuovo centro diurno disabili - Capannori	1.300.000,00	1.150.000,00	65.000,00	85.000,00	15/09/2014		SI	0	1.150.000,00	0%
08/03/2013	090.090105.U.092	P.o. Pontedera- rinnovo tecnologie sanitarie	1.751.116,00	1.663.560,00	87.555,80	0,20	15/09/2014		SI	393.166,66	1.270.393,34	24%
08/03/2013	090.090105.U.094	Rinnovo tecnologie sanitarie	799.560,00	759.582,00	39.978,00	0,00	15/09/2014		SI	0	759.582,00	0%
08/03/2013	090.090106.U.093	Po di Livorno ristrutturazione generale fase 1	17.000.000,00	15.553.031,60	850.000,00	596.968,40	15/09/2014		SI	2.305.587,08	13.247.444,52	15%
08/03/2013	090.090109.U.077	Po misericordia- realizzazione nuovo blocco per alta intensità di cure (fase 2)	10.576.544,00	7.000.000,00	528.827,20	3.047.716,80	15/09/2014		SI	0	7.000.000,00	0%
08/03/2013	090.090109.U.078	Rinnovo tecnologie sanitarie nei ppoo dell'azienda usl 9	9.049.600,00	3.000.000,00	452.480,00	5.597.120,00	15/09/2014		SI	0	3.000.000,00	0%

Segue tabella n. 40

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tit. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
08/03/2013	090.090110.U.120	Dotazione tecnologica nuovi dea nei presidi ospedalieri di Firenze	6.350.000,00	6.000.000,00	317.500,00	32.500,00	15/09/2014	SI	SI	0	6.000.000,00	0%
08/03/2013	090.090112.U.070	P.o. Versilia ristrutturazione e adeguamento	3.800.000,00	2.800.000,00	190.000,00	810.000,00	15/09/2014		SI	0	2.800.000,00	0%
08/03/2013	090.090901.H.064	Aggiornamento parco tecnologico Biomedicale (lotto 1)	10.700.000,00	10.100.000,00	535.000,00	65.000,00	15/09/2014		SI	4.066.883,83	6.033.116,17	40%
08/03/2013	090.090903.H.107	C.t.o. acquisto e installazione tecnologie (lotto 1)	15.500.000,00	14.650.000,00	775.000,00	75.000,00	15/09/2015	SI	SI	0	14.650.000,00	0%
08/03/2013	090.090903.H.110	Programma di acquisto arredi (lotto 1)	2.000.000,00	1.850.000,00	100.000,00	50.000,00	15/09/2015	SI	SI	0	1.850.000,00	0%
TOTALE			153.643.298,26	129.264.012,60	7.682.164,91	16.697.120,75				10.553.552,59	118.710.460,01	8%

Per questo accordo di programma sottoscritto con la Regione Toscana in data 8 marzo 2013 risultano essere stati revocati sei interventi.

Tabella n. 41 - Adp Regione Lazio

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tit. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
26/11/2015	120.120102.U.093	Asl Roma b osp. Sandro Pertini - riorganizzazione e adeguamento dei percorsi assistenziali e tecnologico delle strutture del dea di I livello - rete dell'emergenza	1.795.360,00	1.705.592,00	89.768,00	0,00	24/02/2016			207.011,20	1.498.580,80	12%
26/11/2015	120.120103.U.083	Asl Roma c - riqualificazione, adeguamento strutturale/impiantistico delle strutture del dea di I livello dell'ospedale s. Eugenio e cto - rete dell'emergenza	1.600.000,00	1.520.000,00	80.000,00	0,00	24/02/2016			559.200,36	960.799,64	37%
26/11/2015	120.120104.U.118	Asl Roma di adeguamento strutturale/impiantistico delle strutture del dea di i livello dell'ospedale G.B. Grassi di Ostia - rete dell'emergenza	2.133.000,00	2.026.350,00	106.650,00	0,00	24/02/2016			0	2.026.350,00	0%
26/11/2015	120.120105.U.098	Asl Roma e adeguamento e riorganizzazione del dea di I livello dell'ospedale Santo Spirito in Saxia - rete dell'emergenza	1.506.500,00	1.431.175,00	75.325,00	0,00	24/02/2016			0	1.431.175,00	0%
26/11/2015	120.120107.U.085	Asl Roma g adeguamento strutturale ed impiantistico del pronto soccorso e del reparto destinati all'assistenza psichiatrica dell'ospedale ss. Gonfalone di Monterotondo - riordino della rete dell'emergenza psichiatrica	2.100.000,00	1.995.000,00	105.000,00	0,00	24/02/2016			0	1.995.000,00	0%
26/11/2015	120.120901.H.083	Ao san Camillo - Forlanini riorganizzazione funzionale, riqualificazione, adeguamento strutturale/impiantistico e tecnologico delle strutture del dea di II livello - rete dell'emergenza	3.973.168,00	3.774.509,60	198.658,40	0,00	22/07/2016			0	3.774.509,60	0%

Segue tabella n. 41

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
26/11/2015	120.120902.H.090	A.o s. Giovanni addolorata riorganizzazione adeguamento dei percorsi assistenziali e adeguamento tecnologico delle strutture del dea di II livello - rete dell'emergenza i	4.433.282,00	4.211.617,90	221.664,10	0,00	24/02/2016			1.876.089,23	2.335.528,67	45%
26/11/2015	120.120903.H.072	Asl Roma e riqualificazione strutturale ed impiantistica delle strutture del dea di I livello dell'ospedale san filippo neri - rete dell'emergenza	1.056.578,76	1.003.749,82	52.828,94	0,00	24/02/2016			0	1.003.749,82	0%
26/11/2015	120.120905.I.018	Policlinico a. Gemelli - riqualificazione ed adeguamento strutturale, impiantistico e tecnologico delle strutture del dea di II livello - rete dell'emergenza i	2.984.950,00	2.835.702,50	149.247,50	0,00	24/02/2016			0	2.835.702,50	0%
26/11/2015	120.120906.I.028	Ao policlinico Umberto I - riqualificazione, adeguamento strutturale/impiantistico e tecnologico delle strutture del dea di II livello - rete dell'emergenza	3.250.000,00	3.087.500,00	162.500,00	0,00	24/02/2016			991.954,58	2.095.545,42	32%
26/11/2015	120.120906.I.029	Ao policlinico Umberto I - adeguamento strutturale/impiantistico e tecnologico della terapia intensiva pediatrica - rete dell'emergenza i	1.460.000,00	1.387.000,00	73.000,00	0,00	24/02/2016			0	1.387.000,00	0%
26/11/2015	120.120919.I.008	Aou s. Andrea - riorganizzazione e adeguamento dei percorsi assistenziali dell'ospedale s. Andrea - rete dell'emergenza	2.496.106,50	2.371.301,18	124.805,32	0,00	24/02/2016			0	2.371.301,18	0%
26/11/2015	120.120920.I.006	Az. Osp. Univ. Policlinico Tor Vergata - ammodernamento tecnologico delle attrezzature del dea di I livello - rete dell'emergenza	1.687.200,00	1.602.840,00	84.360,00	0,00	24/02/2016			819.963,24	782.876,76	51%

Segue tabella n. 41

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tit. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
26/11/2015	120.120921.H.023	Ares 118 - ammodernamento tecnologico del parco ambulanze e delle attrezzature dell'ares 118 - rete dell'emergenza 2	3.500.000,00	3.325.000,00	175.000,00	0,00	24/02/2016			470.105,04	2.854.894,96	14%
26/11/2015	120.120921.H.024	Ares 118 - acquisizione di attrezzature e materiali per l'allestimento di punti medici avanzati per l'assistenza in emergenza - rete dell'emergenza 2	1.300.000,00	1.235.000,00	65.000,00	0,00	24/02/2016			0	1.235.000,00	0%
TOTALE			35.276.145,26	33.512.338,00	1.763.807,26					4.924.323,65	28.588.014,35	12%

Tabella n. 42 - Adp Regione Umbria

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tit. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
05/03/2013	100.100201.U.016	Intervento 6.b - riqualificazione ospedale di Città della Pieve	2.600.000,00	1.540.644,78	130.000,00	929.355,22	07/10/2015	SI		0	1.540.644,78	0%
05/03/2013	100.100201.U.001	Intervento n. 1 - osp. Città di Castello: completamento struttura per libera professione intramoenia (2° stralcio): finiture interne, distribuzione impiantistica e realizzazione scala esterna	977.958,08	929.060,18	48.897,90	0,00	02/07/2014		SI		2.520.980,00	0%
05/03/2013	100.100201.U.002	Intervento n. 3 - Città' di Castello sede dip ex inam: adeguamento strutturale, impiantistico e di prevenzione incendi	487.705,07	463.319,82	24.385,25	0,00	04/09/2014		SI			
05/03/2013	100.100201.U.006	Intervento n. 7 - rsa S. Margherita: adeguamento impianti d.p.r. 14.1.97	1.834.457,00	1.128.600,00	91.722,85	614.134,15	04/09/2014		SI			
05/03/2013	100.100201.U.010	Intervento n. 9 -varie attrezzature	734.105,26	697.400,00	36.705,26	0,00	18/02/2014		SI	697.400,00	0	100%
05/03/2013	100.100202.U.001	Intervento n. 13 - osp. Norcia: interventi di natura edilizia, impiantistica e di compartimentazione	105.000,00	99.750,00	5.250,00	0,00	04/09/2014		SI	997.451,76	2.326.063,24	30%

Segue tabella n. 42

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
05/03/2013	100.100202.U.002	Intervento n. 15 - osp. Cascia: interventi di natura edilizia	177.526,32	168.650,00	8.876,32	0,00	04/09/2014		SI			
05/03/2013	100.100202.U.004	Intervento n. 17 - casa della salute di Trevi: adempimenti alle norme di sicurezza degli ambienti di lavoro	415.626,86	88.000,00	20.781,34	306.845,52	31/07/2014		SI			
05/03/2013	100.100202.U.005	Intervento n. 18 - acquisizione del compendio "san Carlo" in Spoleto	4.571.263,16	594.000,00	228.563,16	3.748.700,00	31/07/2014		SI			
05/03/2013	100.100202.U.006	Intervento n. 20 - digitalizzazioni immagini	1.316.107,93	921.140,00	65.805,40	329.162,53	31/07/2014		SI			
05/03/2013	100.100202.U.010	Intervento n. 14 - aggiornamento apparecchiature	1.180.251,00	1.034.000,00	59.012,55	87.238,45	31/07/2014		SI			
05/03/2013	100.100202.U.011	Intervento n. 12.b - interventi di ristrutturazione e di abbattimento delle barriere architettoniche sede distretto n. 3, Foligno	74.078,95	70.375,00	3.703,95	0,00	04/09/2014		SI			
05/03/2013	100.100202.U.012	Intervento n. 16.a - ospedale S.Matteo degli infermi - Spoleto - studi intramoenia e servizio trasfusionale	400.732,41	159.600,00	20.036,62	221.095,79	05/09/2014		SI			

Segue tabella n. 42

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
05/03/2013	100.100202.U.013	Intervento n. 16.b -intervento di natura edilizia e di completamento presso hospice di Spoleto - recinzione area pertinenziale	40.394,73	38.374,99	2.019,74	0,00	05/09/2014		SI			
05/03/2013	100.100202.U.014	Intervento n. 16.c -ospedale S.Matteo degli infermi Spoleto - pronto soccorso	307.500,00	149.625,01	15.375,00	142.499,99	05/09/2014		SI			
05/03/2013	100.100901.H.068	Intervento n. 22 - adeguamento antisismico	4.172.631,58	3.964.000,00	208.631,58	0,00	04/09/2014		SI		3.964.000,00	0%
05/03/2013	100.100902.H.061	Intervento n. 26 - attrezzature varie	492.502,16	467.877,05	24.625,11	0,00	27/8/2014		SI	538.538,64	15.509.338,41	3%
05/03/2013	100.100902.H.062	Intervento n. 27.a - diagnostica per immagini e radiologia	4.600.000,00	4.370.000,00	230.000,00	0,00	31/7/2014		SI			
05/03/2013	100.100902.H.064	Intervento n. 27.b - medicina nucleare in continuità con pet-tac	1.900.000,00	1.805.000,00	95.000,00	0,00	31/7/2014		SI			
05/03/2013	100.100902.H.065	Intervento n. 27.c - risanamento conservativo e messa in sicurezza delle facciate del complesso ospedaliero	1.236.833,60	1.174.991,92	61.841,68	0,00	14/04/2014		SI			

Segue tabella n. 42

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
05/03/2013	100.100902.H.067	Intervento n. 27.e - costruzione del bunker per nuovo acceleratore lineare	2.500.000,00	2.375.000,00	125.000,00	0,00	31/07/2014		SI			
05/03/2013	100.100902.H.068	Intervento n. 25 - ospedale S.Maria: adeg. antincendio cpi, elevatori, impianti elettrici	3.600.000,00	3.420.000,00	180.000,00	0,00	10/01/2014		SI			
05/03/2013	100.100902.H.072	Intervento n. 27.d.1 lavori di ristrutturazione di alcuni servizi del presidio ospedaliero	1.945.712,90	1.848.427,25	97.285,65	0,00	15/09/2014		SI			
05/03/2013	100.100902.H.073	Intervento n. 27.d.2 lavori di ristrutturazione del servizio di anatomia patologica	617.453,50	586.580,83	30.872,67	0,00	15/09/2014		SI			
05/03/2013	100.100201.U.015	Intervento n. 6.a - riqualificazione ospedale castiglione del lago	4.542.822,42	4.315.681,30	227.141,12	0,00	07/10/2015	SI		0	4.315.681,30	0%
05/03/2013	100.100103.U.076	Intervento n. 12.a - interventi di ristrutturazione e di abbattimento delle barriere architettoniche sede distretto n. 3 e unità di convivenza del dsm - via palombaro, Foligno	157.500,00	149.625,00	7.875,00	0,00	04/09/2014		SI	-	149.625,00	0%
05/03/2013	100.100201.U.014	Intervento 6.c - acquisto di tecnologie ed arredi per l'assistenza ospedaliera dell'area distrettuale del lago Trasimeno	3.126.504,00	2.970.178,80	156.325,20	0,00	07/10/2015	SI		-	2.970.178,80	0%

Segue tabella n. 42

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
05/03/2013	100.100202.U.016	Intervento n. 21 - ospedale Narni Amelia	54.980.340,77	17.650.000,00	2.749.017,04	34.581.323,73	14/10/2015	SI		-	17.650.000,00	0%
				53.179.901,93						2.233.390,40	50.946.511,53	4%

Tabella n. 43 - Adp Regione Marche

DATA SOTTOSCRIZIONE	COD. INTERVENTO	TLT. INTERVENTO	IMP. COMPLESSIVO	IMP. CARICO STATO	IMP. CARICO REGIONE	ALTRO (REG- AZ-ALTRO)	DATA DECRETO	PROROGA	AGGIUDICAZION E	TOTALE PAGAMENTI	RESIDUI	STATO AVANZAMENTO ACCORDO DI PROGRAMMA
15/03/2016	110.000999.F.132	Nuova sede della lega del filo d'oro	36.337.267,06	7.248.111,06	1.816.863,35	27.272.292,65	03/08/2016					

Tabella n. 44 - Adp Regione Basilicata

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
18/05/2016	170.170101.u.078	Adeguamento strutturale ed impiantistico del p.s.a. di Melfi in conformità alla l.r. 17/2011 in adempimento anche a specifiche prescrizioni impartite dai vv. ff. Adeguamento ai fini dei requisiti per l'accreditamento istituzionale	2.000.000,00	1.900.000,00	100.000,00	0,00						
18/05/2016	170.170101.u.079	Adeguamento strutturale ed impiantistico del presidio di venosa in conformità alla l.r. 17/2011: ampliamento del servizio di dialisi, potenziamento della lungodegenza e realizzazione della laic.	2.150.000,00	2.042.500,00	107.500,00	0,00						
18/05/2016	170.170101.u.080	Realizzazione di posti letto rsa presso il presidio di Venosa	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	0,00						
18/05/2016	170.170102.u.086	Lavori di completamento per l'adeguamento ed ampliamento del p.o. di Villa D'agri - I stralcio funzionale. Adeguamento ai fini dei requisiti per l'accreditamento istituzionale	4.000.000,00	3.800.000,00	200.000,00	0,00						

Segue tabella n. 44

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
18/05/2016	170.170102.u.087	Completamento dei lavori di ristrutturazione e miglioramento sismico della struttura dell'ex pmip di Potenza - 2° lotto	2.000.000,00	1.900.000,00	100.000,00	0,00						
18/05/2016	170.170102.u.088	Completamento dei lavori di realizzazione di ambienti per l'implementazione di un sistema integrato per il trattamento delle post-acuzie e della cronicità presso il p.o. di Villa D'agri	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	0,00						
18/05/2016	170.170102.u.089	Innovazione tecnologica area chirurgica, emergenza/urgenza e dipartimento medico, pneumologia e strutture omogenee post-acuzie dei presidi ospedalieri e poliambulatori asp	1.905.825,00	1.810.533,62	95.291,38	0,00						
18/05/2016	170.170102.u.090	Innovazione tecnologica servizi di radiologia presidi e poliambulatori asp	1.944.175,00	1.846.966,25	97.208,75	0,00						

Segue tabella n. 44

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
18/05/2016	170.170103.u.07 0	Adeguamento strutturale ed impiantistico del psa di Lagonegro in conformità della l.r. 17/2011. Adeguamento ai fini dei requisiti per l'accreditamento istituzionale	1.500.000,00	1.425.000,00	75.000,00	0,00						
18/05/2016	170.170103.u.07 1	Realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative presso il presidio di Lauria. Realizzazione della laic e spazi da dedicare alle attività territoriali e medicina palliativa per la cura dell'infanzia	1.500.000,00	1.425.000,00	75.000,00	0,00						
18/05/2016	170.170103.u.07 2	Adeguamento strutturale della casa della salute di Senise	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	0,00						
18/05/2016	170.170103.u.07 3	Realizzazione di residenze per bambini ed adolescenti con disturbi dello spettro autistico e spazi per l'alcologia presso il presidio di Chiaromonte	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	0,00						

Segue tabella n. 44

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
18/05/2016	170.170104.u.07 7	Ristrutturazione edile/impiantistica per accreditamento istituzionale con miglioramento dell'efficienza energetica - p.o. di Matera	2.400.000,00	2.280.000,00	120.000,00	0,00						
18/05/2016	170.170104.u.07 8	Lavori di completamento dell'intervento di ristrutturazione con incremento dell'efficienza energetica - presidio di Tricarico	600.000,00	570.000,00	30.000,00	0,00						
18/05/2016	170.170104.u.07 9	Lavori di completamento del fabbricato per il distretto sanitario di base nel comune di Policoro ed interventi di ristrutturazione con opere necessarie per l'accreditamento e l'efficienza energetica del sert e cim di via l. Battisti	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	0,00						
18/05/2016	170.170104.u.08 1	Innovazione tecnologica patrimonio p.o. 'Madonna delle grazie' di Matera	7.050.074,00	6.697.570,30	352.503,70	0,00						

Segue tabella n. 44

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
18/05/2016	170.170105.u.07 7	Completamento lavori di ampliamento e ristrutturazione tecnologico-impiantistica ed adeguamento alle norme di sicurezza del p.o. di Policoro	2.200.000,00	2.090.000,00	110.000,00	0,00						
18/05/2016	170.170105.u.07 8	Completamento ed adeguamento alle norme di sicurezza dei presidi Stigliano e Tinchì di Pisticci	800.000,00	760.000,00	40.000,00	0,00						
18/05/2016	170.170105.u.07 9	Innovazione tecnologica patrimonio p.o. "Giovanni Paolo II" di Policoro e presidi distrettuali di stigliano, Tinchì e Tricarico	1.949.926,00	1.852.429,70	97.496,30	0,00						
18/05/2016	170.170901.h.09 7	Lavori di costruzione di un nuovo padiglione m7 da adibire a nuovo dipartimento chirurgico ed adeguamento sismico dei padiglioni maggiormente vulnerabili	14.364.197,00	13.361.876,15	718.209,85	284.111,00						
18/05/2016	170.170901.h.10 5	Lavori di riqualificazione degli impianti tecnologici del plesso ospedaliero "s. Carlo" di Potenza	2.299.000,00	2.184.050,00	114.950,00	0,00						

Segue tabella n. 44

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
18/05/2016	170.170901.h.106	Interventi di riqualificazione funzionale di ambienti sanitari, di miglioramento prestazionale e mitigazione del rischio sismico di alcuni padiglioni dell'ospedale "s. Carlo" di Potenza	1.284.000,00	1.219.800,00	64.200,00	0,00						
18/05/2016	170.170901.h.107	Lavori di integrazione e adeguamento della rete elettrica di emergenza del plesso ospedaliero "s. Carlo" di Potenza	1.500.000,00	1.425.000,00	75.000,00	0,00						
18/05/2016	170.170901.h.108	Lavori costruzione nuovo padiglione per l'adeguamento delle degenze alle norme sull'accreditamento	8.898.936,00	8.898.936,00		0,00						
18/05/2016	170.170901.h.109	Rinnovamento e potenziamento parco tecnologico - area alta specialità del cuore - area chirurgica e di emergenza urgenza - area internistica ed oncologica - area dei servizi generali	3.348.803,00	1.342.352,68	167.440,15	1.839.010,17						

Segue tabella n. 44

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt. intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro (reg-az-altro)	Data decreto	Proroga	Aggiudicazione	Totale pagamenti	Residui	Stato avanzamento accordo di programma
18/05/2016	170.170901.h.109	Rinnovamento e potenziamento parco tecnologico - area alta specialità del cuore - area chirurgica e di emergenza urgenza - area internistica ed oncologica - area dei servizi generali	3.348.803,00	1.839.010,00	167.440,15	1.342.352,85						
18/05/2016	170.170901.h.110	Rinnovamento e potenziamento parco tecnologico - area dei servizi diagnostici e terapeutici	1.704.000,00	1.618.800,00	85.200,00	0,00						
18/05/2016	170.170901.h.111	Rinnovamento e potenziamento tecnologico attrezzature per varie specialità	1.590.411,60	0,00	79.520,58	1.510.891,02						
18/05/2016	170.170902.h.063	Completamento delle ristrutturazioni dei reparti dell'ospedale per adeguamento alle norme di sicurezza e per l'adeguamento energetico	5.700.000,00	5.415.000,00	285.000,00	0,00						
18/05/2016	170.170902.h.064	Interventi per l'adeguamento ed il miglioramento dell'assetto tecnologico ed impiantistico della struttura	1.094.000,00	1.039.300,00	54.700,00	0,00						
TOTALE			82.132.150,60	73.494.124,70	839.300,88							

Tabella n. 45 - Adp Regione Friuli-V. Giulia

DATA SOTTOSCRIZIONE	COD. INTERVENTO	TLT. INTERVENTO	IMP. COMPLESSIVO	IMP. CARICO STATO	IMP. CARICO REGIONE	ALTRO (REG-AZ-ALTRO)	DATA DECRETO	PROROGA	AGGIUDICAZIONE	TOTALE PAGAMENTI	RESIDUI	STATO AVANZAMENTO ACCORDO DI PROGRAMMA
12/03/2013	060.060913.H.002	Riordino della rete ospedaliera triestina - comprensorio di Cattinara - ristrutturazione e ampliamento dell'ospedale di Cattinara e realizzazione della nuova sede dell'ospedale infantile burlo	140.000.000,00	45.429.677,84	7.000.000,00	87.570.322,16	29/08/2014		SI			
12/03/2013	060.060916.H.005	Riqualificazione del polo ospedaliero udinese - realizzazione del nuovo edificio degenze e servizi sanitari - iii lotto	45.994.290,43	43.694.575,91	2.299.714,52	0,00	20/08/2014		SI			
185.994.290,43				89.124.253,75	9.299.714,52							

Tabella n. 46 - Adp Regione Abruzzo

DATA SOTTOSCRIZIONE	COD. INTERVENTO	TLT. INTERVENTO	IMP. COMPLESSIVO	IMP. CARICO STATO	IMP. CARICO REGIONE	ALTRO (REG-AZ-ALTRO)	DATA DECRETO	PROROGA	AGGIUDICAZIONE	TOTALE PAGAMENTI	RESIDUI	STATO AVANZAMENTO ACCORDO DI PROGRAMMA
16/04/2015	130.130000.G.056	Sviluppo delle funzioni gestionali e contabili per migliorare il governo del servizio sanitario regionale e locale	12.000.000,00	11.400.000,00	600.000,00	0,00	13/10/2016					

Tabella n. 47 - Adp Regione Campania

DATA SOTTOSCRIZIONE	COD. INTERVENTO	TLT. INTERVENTO	IMP. COMPLESSIVO	IMP.CARICO STATO	IMP.CARICO REGIONE	ALTRO (REG-AZ-ALTRO)	DATA DECRETO	PROROGA	AGGIUDICAZIONE	TOTALE PAGAMENTI	RESIDUI	STATO AVANZAMENTO ACCORDO DI PROGRAMMA
02/04/2015	150.150000.G.003	INTERVENTO PER LA CERTIFICAZIONE DEI BILANCI DELLE AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE DEL SSR CAMPANO	37.500.000,00	35.625.000,00	1.875.000,00	0,00	13/09/2016					

Tabella n. 48 - Adp Regione Molise

DATA SOTTOSCRIZIONE	COD. INTERVENTO	TLT. INTERVENTO	IMP. COMPLESSIVO	IMP.CARICO STATO	IMP.CARICO REGIONE	ALTRO (REG- AZ-ALTRO)	DATA DECRETO	PROROGA	AGGIUDICAZIONE	TOTALE PAGAMENTI	RESIDUI	STATO AVANZAMENTO ACCORDO DI PROGRAMMA
04/02/2014	140.140000.G.056	Realizzazione di un investimento in attuazione dell'art. 79 della l. 133/08	8.195.200,00	5.652.500,00	297.500,00	2.245.200,00	02/09/2016					

Tabella n. 49 - Adp del 10 novembre 2016 - Regione Veneto

Data sottoscrizione				Codice intervento	Tlt_intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro reg. az. altro
10/11/2016				050.050101.U.074	1 - adeguamento del pronto soccorso dell'ospedale di Pieve di cadore (bl) - 2^ fase	1.206.494,83	1.109.975,25	60.324,74	36.194,84
10/11/2016				050.050102.U.070	2 - adeguamento del pronto soccorso dell'ospedale di Feltre (bl) - 2^ fase	1.447.793,80	1.206.494,83	72.389,69	168.909,28
10/11/2016				050.050103.U.066	3 - attivazione dell'ospedale di asiago (vi) - 2^ fase	2.895.587,60	2.654.288,63	144.779,38	96.519,59
10/11/2016				050.050105.U.069	4 - realizzazione di una nuova struttura ospedaliera per acuti dell'aulss n. 5 - 2^ fase	24.129.896,69	22.923.401,85	1.206.494,84	0,00
10/11/2016				050.050106.U.077	5 - adeguamento del pronto soccorso e delle terapie intensive dell'ospedale san Bortolo di Vicenza - 2^ fase	2.750.808,22	2.601.107,17	137.540,41	12.160,64
10/11/2016				050.050108.U.070	6 - adeguamento del pronto soccorso dell'ospedale di Montebelluna (tv) - 2^ fase	2.051.041,22	1.930.391,73	102.552,06	18.097,43
10/11/2016				050.050110.U.088	7 - adeguamento del servizio dialisi, degli ambulatori e day surgery dell'ospedale di san Dona di Piave (ve) - 2^ fase	2.895.587,60	2.412.989,67	144.779,38	337.818,55
10/11/2016				050.050113.U.073	8 - adeguamento dell'emodialisi dell'ospedale di Mirano (ve) - 2^ fase	1.206.494,83	1.109.975,25	60.324,74	36.194,84
10/11/2016				050.050114.U.059	9 - adeguamento strutturale e tecnologico dell'ospedale di Chioggia (ve) - 2^ fase	7.238.969,00	6.756.371,07	361.948,45	120.649,48
10/11/2016				050.050115.U.071	10 - adeguamento del servizio dialisi dell'ospedale di cittadella (pd) e del reparto di nefrologia e dialisi dell'ospedale di Camposampiero (pd) - 2^ fase	965.195,87	916.936,07	48.259,80	0,00
10/11/2016				050.050116.U.084	11 - adeguamento del pronto soccorso dell'ospedale di Piove di sacco (pd) - 2^ fase	1.158.235,04	965.195,87	57.911,75	135.127,42
10/11/2016				050.050120.U.071	12 - adeguamento viabilità del pronto soccorso dell'ospedale di san Bonifacio (vr) - 2^ fase	965.195,87	868.676,28	48.259,79	48.259,80
10/11/2016				050.050901.H.086	13 - adeguamento sismico del corpo trattamenti dell'ospedale civile "policlinico" di Padova - 2^ fase	2.895.587,60	2.654.288,63	144.779,38	96.519,59
10/11/2016				050.050902.H.068	15 - superfici da ristrutturare (adeguamento/completamento ospedali borgo Trento e borgo Roma di Verona)	8.204.164,87	7.721.566,94	410.208,24	72.389,69
10/11/2016				050.050902.H.069	16 - ristrutturazione dell'area geriatrica dell'ospedale civile maggiore borgo Trento di Verona - 2^ fase	9.651.958,67	9.169.360,75	482.597,92	0,00
10/11/2016				050.050902.H.070	17 - adeguamento padiglioni dell'ospedale civile maggiore borgo Trento di Verona - 2^ fase	3.378.185,54	3.136.886,57	168.909,28	72.389,69
10/11/2016				050.050902.H.071	18 - ristrutturazione per riorganizzazione e opere preliminari dell'ospedale policlinico "G.B.Rossi" borgo Roma di Verona - 2^ fase	4.343.381,40	4.102.082,44	217.169,07	24.129,89
10/11/2016				050.050902.H.074	14 - adeguamento sismico delle strutture dell'ospedale civile maggiore borgo Trento e dell'ospedale policlinico borgo Roma di Verona - 2^ fase	2.895.587,60	2.654.288,63	144.779,38	96.519,59
TOTALE							74.894.277,63		

Tabella n. 50 - Adp del 2 novembre 2016 - Regione Emilia-Romagna

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt_intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro reg-az-altro
02/11/2016	080.080101.U.096	Apb 01 "interventi di adeguamento normativo ospedale di Bobbio"	1.155.000,00	1.097.250,00	57.750,00	
02/11/2016	080.080101.U.097	Apb 02 "ammodernamento tecnologie biomediche"	3.500.000,00	3.325.000,00	175.000,00	
	080.080102.U.074	Apb 04 "realizzazione casa della salute di Fornovo taro"	800.000,00	760.000,00	40.000,00	
02/11/2016	080.080102.U.075	Apb 05 "miglioramento sismico e ridistribuzione funzionale corpo storico dell'ospedale di Borgo val di Taro"	700.000,00	665.000,00	35.000,00	
02/11/2016	080.080103.U.093	Apb 07 "realizzazione casa della salute di Casalgrande (re)"	1.100.000,00	1.045.000,00	55.000,00	
02/11/2016	080.080103.U.094	Apb 08 "realizzazione casa della salute di Castelnovo sotto (re)"	1.300.000,00	1.235.000,00	65.000,00	
02/11/2016	080.080103.U.095	Apb 09 "ristrutturazione e adeguamento antincendio del fabbricato poliambulatoriale di Correggio"	700.000,00	665.000,00	35.000,00	
02/11/2016	080.080104.U.095	Apb 13 "interventi edilizi, strutturali ed impiantistici per la ristrutturazione del corpo 02 dell'ospedale di Mirandola e l'adeguamento del centro prelievi"	2.000.000,00	1.900.000,00	100.000,00	
02/11/2016	080.080104.U.096	Apb 14 "ammodernamento tecnologie ict"	1.500.000,00	1.425.000,00	75.000,00	
02/11/2016	080.080104.U.097	Apb 15 "ammodernamento tecnologie biomediche"	2.000.000,00	1.900.000,00	100.000,00	
02/11/2016	080.080106.U.066	Apb 20 "interventi per il miglioramento della sicurezza nei presidi ospedalieri dell'azienda usl di Imola"	900.000,00	855.000,00	45.000,00	
02/11/2016	080.080108.U.096	Apb 17 "nuovo pronto soccorso ospedale di Bentivoglio"	3.400.000,00	3.230.000,00	170.000,00	
02/11/2016	080.080108.U.097	Apb 18 "ammodernamento tecnologie biomediche"	1.600.000,00	1.520.000,00	80.000,00	
02/11/2016	080.080109.U.076	Apb 22 "ristrutturazione/manutenzione straordinaria ex ospedale sant'Anna per funzioni territoriali"	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	
02/11/2016	080.080109.U.077	Apb 23 "implementazione ed adeguamento normativo distribuzione principale impianto elettrico ospedale del Delta (lagosanto)"	600.000,00	570.000,00	30.000,00	
02/11/2016	080.080114.U.001	Apb 24 "ristrutturazione e adeguamento blocchi operatori e aree intensive. Completamento dotazione tecnologica aree emergenza e urgenza"	13.000.000,00	12.350.000,00	650.000,00	
02/11/2016	080.080114.U.002	Apb 25 "ammodernamento sistemi e tecnologie di diagnostica per immagini"	4.583.232,57	4.354.070,94	229.161,63	

Segue tabella n. 50

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt_intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro reg-az-altro
02/11/2016	080.080902.H.079	Apb 03 "realizzazione nuovo day-hospital oncoematologico e centro prelievi"	5.000.000,00	4.750.000,00	250.000,00	
02/11/2016	080.080903.H.063	Apb 06 "realizzazione 2° lotto funzionale mire - maternità infanzia Reggio Emilia"	11.000.000,00	10.450.000,00	550.000,00	
02/11/2016	080.080904.H.078	Apb 10 "ristrutturazione spazi per senologia clinica e screening mammografico"	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	
02/11/2016	080.080904.H.079	Apb 11 "interventi di ammodernamento tecnologico ed impiantistico"	500.000,00	475.000,00	25.000,00	
02/11/2016	080.080904.H.080	Apb 12 "ammodernamento tecnologie biomediche ed informatiche"	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	
02/11/2016	080.080908.H.082	Apb 16 "riordino e riqualificazione delle strutture dell'area pediatrica nell'ambito del polo materno - infantile (padiglioni 4,10,13,16) - secondo stralcio funzionale"	19.084.000,00	18.129.800,00	954.200,00	
02/11/2016	080.080909.I.009	Apb 21 "acquisizione risonanza magnetica (1,5t)"	1.050.000,00	997.500,00	52.500,00	
02/11/2016	080.080960.I.074	Apb 19 "acquisto apparecchiature biomediche"	1.150.000,00	1.092.500,00	57.500,00	
TOTALE				75.641.120,94		

Tabella n. 51 - Adp del 2 novembre 2016 - Regione Toscana

Data sottoscrizione	Cod. intervento	Tlt_intervento	Imp. complessivo	Imp. carico Stato	Imp. carico regione	Altro reg-az-altro
02/11/2016	090.090201.U.001	Lavori di risanamento coperture lignee ex po "misericordia e dolce"	1.490.000,00	1.363.800,00	74.500,00	51.700,00
02/11/2016	090.090202.U.001	Cittadella salute ex ospedale Carrara	1.160.000,00	950.000,00	58.000,00	152.000,00
02/11/2016	090.090202.U.002	Rinnovo tecnologie sanitarie lotto 1	2.100.000,00	1.965.000,00	105.000,00	30.000,00
02/11/2016	090.090202.U.003	Implementazione e rinnovo attrezzature informatiche lotto 1	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	0,00
02/11/2016	090.090202.U.004	Adeguamento normativo e funzionale del poliambulatorio di Capannori	2.000.000,00	1.900.000,00	100.000,00	0,00
02/11/2016	090.090202.U.005	Prosecuzione interventi protocollo valle del Serchio	6.000.000,00	5.700.000,00	300.000,00	0,00
02/11/2016	090.090202.U.006	Adeguamento sede Galliciano III lotto	2.500.000,00	2.375.000,00	125.000,00	0,00
02/11/2016	090.090202.U.007	Adeguamento normativo e funzionale plesso villetta - s.Romano Garfagnana	1.500.000,00	1.425.000,00	75.000,00	0,00
02/11/2016	090.090202.U.008	Adeguamento strutturale e funzionale css Turchetto-Montecarlo	1.000.000,00	950.000,00	50.000,00	0,00
02/11/2016	090.090202.U.009	Acquisto di immobile per distretto Lucca	2.300.000,00	2.185.000,00	115.000,00	0,00
02/11/2016	090.090202.U.010	Realizzazione di nuovo distretto nel comune di Ponsacco	7.400.000,00	6.532.883,00	370.000,00	497.117,00
02/11/2016	090.090202.U.011	Acquisto tecnologie sanitarie nei presidi ospedalieri e territoriali	2.110.000,00	2.000.000,00	105.500,00	4.500,00
02/11/2016	090.090202.U.012	Interventi di ristrutturazione e dialisi ospedale di Pontedera	3.340.000,00	3.166.598,00	167.000,00	6.402,00
02/11/2016	090.090202.U.013	Interventi di adeguamento impiantistico e tecnologico	1.100.000,00	1.000.000,00	55.000,00	45.000,00
02/11/2016	090.090203.U.001	Adeguamento pronto soccorso po' di Montepulciano	2.202.329,00	1.509.329,00	110.116,45	582.883,55
02/11/2016	090.090203.U.002	Realizzazione nuovo hospice di Siena	5.928.751,58	5.528.751,58	296.437,58	103.562,42
02/11/2016	090.090203.U.003	Po san donato-ristrutturazione sale operatorie e blocco parto	7.749.000,00	7.360.000,00	387.450,00	1.550,00
02/11/2016	090.090203.U.004	P.o. san Donato Arezzo - ristrutturazione locali per realizzazione hospice, centro trasfusionale, dialisi ed adeguamento impianto climatizzazione	3.050.000,00	2.640.000,00	152.500,00	257.500,00
02/11/2016	090.090901.H.066	Acquisto e installazione gamma camera	1.000.000,00	900.000,00	50.000,00	50.000,00
02/11/2016	090.090902.H.102	Realizzazione sala operatoria mininvasiva e robotica nuovo dea	5.000.000,00	4.750.000,00	250.000,00	0,00
02/11/2016	090.090903.H.127	Nuovo deas Careggi - demolizione e ricostruzione blocco f	10.000.000,00	8.000.000,00	500.000,00	1.500.000,00
02/11/2016	090.090904.H.083	Attrezzature arredi e impianti audiovisivi e multimediali aula magna e sala polivalente	550.000,00	522.500,00	27.500,00	0,00
02/11/2016	090.090904.H.084	Acquisto immobile per ampliamento ospedale Meier	11.200.000,00	10.627.500,00	560.000,00	12.500,00
TOTALE				74.301.361,58		

Fonte: dati del Ministero della salute.

APPENDICE

*Ministero della Salute*DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE
SANITARIA
Ufficio VII

Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

Alla Corte dei Conti
Sezione Centrale di controllo sulla Gestione delle
Amministrazioni dello Stato
Via Baiamonti, 25
00195 ROMA**Pec:**
sezione.controllo.gestione.adunanze@corteconticert.it

OGGETTO: Programma investimenti art. 20 legge n. 67 del 1988. "L'attuazione del programma straordinario per la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario". Risposta alla nota prot. n. 4159 del 30.11.2017.

Con nota del 30 novembre 2017 prot. 4159, pervenuta a questo Ufficio il 1/12/2017, la Segreteria del Servizio Adunanze della Sezione Centrale di Controllo sulla Gestione delle Amministrazioni dello Stato ha proceduto alla convocazione del II Collegio della Sezione medesima per l'esame dello schema di relazione concernente "L'attuazione del programma straordinario per la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario", predisposta dai Magistrati relatori a seguito dell'istruttoria compiuta.

Considerata la rilevanza delle questioni affrontate nella relazione, le Amministrazioni sono state invitate, nella su indicata nota, a predisporre delle memorie scritte.

Si osserva che, in relazione al mancato raggiungimento dell'obiettivo riguardante il riequilibrio territoriale delle strutture tra il Nord e il Sud del paese, questo è da imputare alla scarsa solidità degli apparati tecnici e amministrativi di alcune Regioni del Sud e dalla scarsa capacità in fase di programmazione.

Per le Regioni sottoposte a Piano di rientro si ritiene che questo sia un vero e proprio strumento di programmazione, finalizzato a individuare e definire gli interventi necessari per la soddisfazione dei bisogni rilevati della popolazione di riferimento. Infatti, la normativa parla più correttamente di piano di risanamento, riqualificazione e razionalizzazione del servizio sanitario regionale. Conseguentemente, deve esserci piena sintonia tra il piano di rientro, quale strumento di programmazione, e l'Accordo di

programma, configurandosi questo come uno degli strumenti principali e necessari per il raggiungimento degli obiettivi fissati.

OMISSIS

In relazione al Capitolo IV riguardante le considerazioni finali e le raccomandazioni si rappresenta quanto segue.

Punto 1. In collaborazione con il Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità, con le Regioni ed con il Coordinamento della Commissione Salute si è proceduto ad effettuare una ricognizione del fabbisogno di edilizia sanitaria del Paese.

Le richieste sono state inviate alle regioni con nota prot. n. 20334 del 28/06/2017; nella lettera si richiedeva di indicare i mq da adeguare, sia per le strutture territoriali che per quelle ospedaliere, per nuove costruzioni e ristrutturazioni di tre tipologie (leggere, medie, pesanti).

A tale computo, secondo le tipologie di intervento, sono stati applicati dei costi parametrici elaborati dalla Commissione salute.

Il livello di dettaglio utilizzato ha consentito di raccogliere puntuali informazioni relative al fabbisogno regionale necessario per:

- strutture ospedaliere e strutture territoriali;
- nuove costruzioni e interventi di ristrutturazione;
- completamento della programmazione sanitaria approvata dal Tavolo DM 70/2015;
- adeguamento alla normativa antisismica con articolazione dell'analisi per zona sismica 1,2,3,4;
- adeguamento alla normativa antincendio;

Sulla base delle informazioni raccolte emerge un fabbisogno complessivo di circa 32 miliardi di euro sintetizzato nella tabella 1 di seguito riportata.

Fabbisogno finanziario nazionale di interventi di edilizia sanitaria (Tab. 1)

COSTI		€/mq	SUPERFICIE	TOTALE IMPORTO
STRUTTURE TERRITORIALI	nuova costruzione/ampliamento	1.600,00	140.075,10	€ 224.120.160,00
	ristrutturazione pesante	1.300,00	1.057.013,20	€ 1.374.117.160,00
	ristrutturazione media	1.000,00	1.057.013,20	€ 1.057.013.200,00
	ristrutturazione leggera	600,00	1.057.013,20	€ 634.207.920,00
OSPEDALI	nuova costruzione/ampliamento	2.200,00	2.788.072,28	€ 6.133.759.016,00
	ristrutturazione pesante	1.850,00	5.719.717,92	€ 10.581.478.158,17
	ristrutturazione media	1.300,00	5.719.717,92	€ 7.435.633.300,33
	ristrutturazione leggera	800,00	5.719.717,92	€ 4.575.774.338,67
			TOTALE	€ 32.016.103.253,17

Sulla base del quadro esigenziale emerso si è deciso di individuare quale fabbisogno prioritario quello relativo alle richieste afferenti le zone sismiche 1 e 2.

Il fabbisogno relativo all'adeguamento antisismico delle strutture in zona sismica 1 e 2 ammonta a circa 12 miliardi di euro ed è sintetizzato nella tabella 2 di seguito riportata.

Fabbisogno finanziario nazionale per interventi di edilizia sanitaria nelle sole zone sismiche 1 e 2 (Tab. 2)

COSTI		€/mq	SUPERFICIE	TOTALE IMPORTO
STRUTTURE TERRITORIALI zona sismica 1 e 2	nuova costruzione/ampliamento	1.600,00	87.275,10	€ 139.640.160,00
	ristrutturazione pesante	1.300,00	390.695,15	€ 507.903.695,00
	ristrutturazione media	1.000,00	390.695,15	€ 390.695.150,00
	ristrutturazione leggera	600,00	390.695,15	€ 234.417.090,00
OSPEDALI zona sismica 1 e 2	nuova costruzione/ampliamento	2.200,00	1.083.530,28	€ 2.383.766.616,00
	ristrutturazione pesante	1.850,00	2.183.355,00	€ 4.039.206.743,83
	ristrutturazione media	1.300,00	2.183.355,00	€ 2.838.361.495,67
	ristrutturazione leggera	800,00	2.183.355,00	€ 1.746.683.997,33
			TOTALE	€ 12.280.674.947,83

Al valore sopra evidenziato è da aggiungere un importo pari a circa 3 miliardi di euro (Tab. 3) a livello nazionale per la messa a norma antincendio.

Tab. 3 Fabbisogno finanziario nazionale per la prevenzione antincendio

REGIONE	Importo da finanziare
PIEMONTE	€ 216.449.995,67
VALLE D'AOSTA	€ 18.666.052,00
LOMBARDIA	€ 626.257.860,51
P.A BOLZANO	
P.A TRENTO	
VENETO	€ 172.287.349,46
FRIULI V. GIULIA	€ 101.702.212,47
LIGURIA	€ 77.017.793,33
EMILIA ROMAGNA	€ 209.233.254,91
TOSCANA	€ 212.942.013,44
UMBRIA	€ 28.412.098,77
MARCHE	€ 124.025.318,42
LAZIO	€ 324.246.308,68
ABRUZZO	€ 112.064.187,02
MOLISE	€ 58.112.779,97
CAMPANIA	€ 292.036.448,90
PUGLIA	€ 155.395.204,02
BASILICATA	€ 28.912.100,00
CALABRIA	€ 118.180.752,48
SICILIA	€ 117.756.408,73
SARDEGNA	€ 52.869.262,24
TOTALE	€ 3.046.567.401,02

Sulla base delle prime verifiche effettuate si ritiene che circa il 50% del fabbisogno per la messa a norma antincendio possa essere ricompreso nei valori indicati dal fabbisogno di cui sopra, pertanto il fabbisogno nazionale consolidato risulta pari a circa 13,5 miliardi di euro.

Ad oggi non è stato possibile stimare il fabbisogno finanziario per la messa a norma antisismica delle strutture del Servizio sanitario nazionale.

Al fine di ottenere un panorama completo del fabbisogno regionale nell'ambito degli investimenti sono state avviate due ulteriori rilevazioni, la prima con nota prot. 21603 del 10 luglio 2017 e la seconda con prot. 23232 del 20 luglio 2017, aventi per oggetto rispettivamente il fabbisogno nazionale per investimenti in tecnologie sanitarie e lo stato di avanzamento delle verifiche sismiche effettuate nelle strutture ospedaliere regionali.

Ad oggi hanno risposto 16 regioni per il fabbisogno di apparecchiature e 15 per le verifiche sismiche.

Per entrambe sono in corso l'elaborazione dei dati pervenuti.

Il patrimonio informativo così ottenuto permetterà di effettuare una programmazione mirata su obiettivi nazionali specifici.

OMISSIS

F.to Il Direttore Generale
* Andrea Urbani

F.to II Direttore dell'Ufficio VII:
Dott. Marco Spizzichino

**firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell 'art.3. comma 2 D. Lgs. n. 39 1993*





SEZIONE CENTRALE DI CONTROLLO SULLA GESTIONE DELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO