

# Sbloccato un tesoro da 10 miliardi per ospedali e case di comunità

**La strategia.** In manovra spunta la procedura semplificata per i fondi ancora non spesi dei programmi dell'edilizia sanitaria, la corsia veloce servirà anche per le strutture stralciate dopo la revisione del Pnrr

**Barbara Gobbi**

Una doppia parola d'ordine è semplificare e snellire. L'obiettivo è da un lato quello di sbloccare l'elefantica edilizia sanitaria "classica" per la costruzione di ospedali, dall'altro mettere le ali alla realizzazione delle strutture che daranno sostanza al riordino delle cure sul territorio previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, che per costi o per tempi non compatibili sono state stralciate dal Pnrr. Anzi: sono proprio queste "new entry" a dettare l'accelerazione a un capitolo della spesa sanitaria per anni quiescente in ampie aree del Paese. Ben 525 le opere tra case e ospedali di comunità e centrali operative territoriali per cui la rimodulazione del Piano ha appena incassato il placet della Commissione europea: uscite dal Pnrr, saranno ricondotte al programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico ex articolo 20 della legge 67/1988, che nel complesso ha messo in campo 34 miliardi, spesso e volentieri rimasti sulla carta.

L'inadeguatezza nella governance del programma di ammodernamento dell'edilizia sanitaria, avviato negli anni '90 e più volte rilanciato, ha infatti lasciato buona parte delle risorse inutilizzate e ha ampliato il gap tra le infrastrutture necessarie e quelle realmente disponibili nelle diverse Regioni. Soltanto alla Provincia autonoma di Trento nel periodo tra 1998 e primi mesi del 2023 è stato trasferito il 100% delle risorse destinate ad Accordi di programma, perché effettivamente utilizzato, mentre i trasferimenti complessivi in tutta Italia non superano l'asticella del 45%: sono circa 10,9 miliardi su un totale di 24,3 miliardi (e i dati, riferiti dal Mef, includono anche una quota riferita ad altri obiettivi).

Disponibili, oggi, di miliardi ce ne sono quasi dieci: un tesoretto soprattutto in tempi di magra, che però i governatori faticano a spendere per troppa burocrazia, per uffici tecnici sottodimensionati e sotto-qualificati e per un contesto stravolto da Covid, guerra in Ucraina e prezzi tra materie prime ed energia lievitati di oltre il 30 per cento. Senza nuove regole, anche le opere Pnrr in arrivo rischiano di finire su un binario morto. A sbloccare le procedure "ex articolo 20", trainata dallo stralcio dei progetti Pnrr, interviene allora la manovra: il disegno di

sull'attuazione dello "stralcio" da Pnrr: «Con il Mef - ha annunciato il ministro della Salute Orazio Schillaci - stiamo approfondendo la definizione di nuovi schemi degli Accordi di programma ex art 20 che possono includere clausole specifiche a garanzia della realizzazione degli interventi».

Ma non è finita qui: se i soldi ci sono e la semplificazione è in arrivo, resta però aperto l'enorme tema delle carenze nella progettazione, che pur avendo incassato l'aumento del fondo rotativo di Cassa depositi e prestiti da 28 a 100 milioni (anche questo suggerito dal Tavolo tecnico a Chigi) rischia di continuare a zavorrare sia i nuovi

ospedali sia le strutture ex Pnrr lasciando le amministrazioni in balia, ad esempio, di PPP "monstre". Una questione sollevata a più riprese anche dalla Corte dei conti che da ultimo nella Relazione di rendiconto ha suggerito una Cabina di regia che accompagni le Regioni a programmare e spendere bene in infrastrutture e ammodernamento tecnologico. Una struttura di affiancamento e guida mirata a favorire investimenti migliori e più veloci e a consentire il trasferimento fluido delle risorse dal centro alla periferia. Nell'ottica della semplificazione e della "buona spesa pubblica".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'input per nuove regole è del Tavolo per l'edilizia sanitaria presso Palazzo Chigi che lavora sul dossier dal 2022**

## Lo stato dell'arte negli investimenti in edilizia sanitaria

La situazione delle Regioni tra risorse stanziare e quelle effettivamente spese



REGIONE	RISORSE In mld	TRASFERIM. In mld	RAPPORTO In %
1 P.A. Trento	1,73	0,72	107,24
2 Valle d'Aosta	0,06	0,05	77,05
3 Umbria	3,56	1,99	71,44
4 Emilia R.	0,12	0,08	69,56
5 P.A. Bolzano	0,12	0,13	69,46
6 Toscana	1,78	1,11	65,65
7 Marche	0,48	0,19	64,63
8 Veneto	0,75	0,40	62,32
9 Basilicata	1,64	1,14	58,28
10 Lombardia	1,49	0,98	56,02
11 Liguria	0,27	0,20	52,98
12 Piemonte	0,57	0,37	41,86
13 Sicilia	2,11	0,72	40,34
14 Friuli V. G.	0,54	0,18	40,08
15 Lazio	0,17	0,03	34,08
16 Abruzzo	2,56	0,38	32,53
17 Sardegna	1,83	0,56	32,27
18 Puglia	0,30	0,17	30,74
19 Calabria	0,91	0,20	21,74
20 Molise	2,52	1,02	20,11
21 Campania	0,80	0,26	14,80
<b>TOTALE</b>	<b>24,31</b>	<b>10,87</b>	<b>44,73</b>

## Pnrr: la Sanità territoriale riduce i target ma il rischio ora è dividere di nuovo l'Italia

**Dopo la revisione Ue**  
La nuova mappa

e Sud. Il dubbio viene proprio dalla rimodulazione del Pnrr su cui l'Italia ha incassato il disco verde dalla Ue. Le risorse per la missione 6 (Salute) non vengono toccate. Viene però

bardica (92 su 199) o Piemonte (38 su 88), mentre il Veneto a esempio ha addirittura superato il numero degli ospedali di comunità previsti (38 su 35). Molte le Regioni - soprattutto al



legge di bilancio prescrive all'articolo 56 comma 7 la revisione di meccanismi disegnati quindici anni fa e oggi non più in linea con il quadro normativo e con le urgenze del servizio sanitario nazionale. L'input per nuove regole è del Tavolo per l'edilizia sanitaria presso la Presidenza del Consiglio, Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica, che in sinergia con le Regioni opera da giugno 2022 proprio per disincagliare l'ancora. Il mandato a ministero della Salute e Mef è chiaro: la norma inserita in legge di bilancio impone la semplificazione delle procedure - anche in virtù del nuovo Codice appalti - con l'aggiornamento della «Mexa», la cervellottica metodologia di valutazione degli investimenti sanitari (disegnata nel 2008) che porta a promuovere o bocciare gli Accordi di programma con le singole Regioni. Rifare «Mexa» e procedure - oggi scoglio degli uffici tecnici - spetterà a un nuovo accordo Stato-Regioni, per cui la manovra suggerisce anche di fissare un termine di approvazione sempre nell'ottica del "fare presto". Il lavoro è già iniziato e non a caso è focalizzato

## Marzio Bartoloni

L'obiettivo sulla carta è costruire tutte le strutture previste dalla nuova Sanità territoriale (come case e ospedali di comunità) comprese quelle che sono state appena "stralciate" dal Pnrr a causa dell'aumento dei costi delle costruzioni dal piano di «rimodulazione» proposto dall'Italia e appena approvato dalla Commissione Ue. In questo senso la semplificazione delle procedure sull'impiego dei finanziamenti dell'edilizia sanitaria ordinaria - i fondi ex articolo 20 - prevista in manovra (si veda articolo sopra) possono dare una mano a far sì che tutti i progetti previsti, compresi i circa 500 stralciati, non restino nei cassetti ma diventino mura e strumentazioni sanitarie per raggiungere i cittadini con cure più vicine a casa loro. Ma sarà davvero così?

Il rischio concreto è che anche sulla nuova Sanità territoriale, come già avviene oggi sul resto delle cure, le Regioni si muovano a velocità diverse e alla fine il risultato potrebbe essere la solita spaccatura tra Nord, Centro

risolto al ribasso il numero minimo delle strutture che dovranno aprire entro metà 2026 su cui il Pnrr investe 7 miliardi (metà della dote dell'intera missione). La revisione approvata da Bruxelles per venire incontro al rialzo dei costi rivede al ribasso il numero di Case di comunità - che da 1350 diventano 1038 -, Ospedali di comunità (da 400 a 307) e delle Centrali operative territoriali (480 invece che 600). Le strutture stralciate - questo è il piano del Governo - non saranno però abbandonate, ma come detto saranno finanziate attraverso i fondi dell'edilizia ospedaliera (il cosiddetto ex articolo 20).

Il problema è che già oggi alcune Regioni - dai monitoraggi Agenas - sono avanti e altre molto indietro: l'Emilia a esempio ha già attivato oltre metà delle case di comunità previste (43 su 85) così come Lom-

Sud - ancora a zero. Ora abbassare l'asticella del numero di strutture da aprire secondo gli obiettivi Ue entro metà del 2026 e lasciare il resto ai fondi ordinari rischia di spaccare di nuovo il Paese tra chi aprirà entro le rigide scadenze europee tutte le strutture (anche quelle stralciate) e chi a fatica riuscirà a rispettare i target minimi. A confermarlo è Raffaele Donini, assessore dell'Emilia e coordinatore di tutti gli assessori alla Sanità: «C'è il rischio di una nuova mancata occasione di omogeneità dell'offerta di cure della nostra Sanità. Era un rischio che c'era già dall'inizio visto che al Centro Nord la Sanità territoriale già esiste, ma ora si accentua: bisogna fare attenzione che ora non ci sia un colpo di spugna su parte delle strutture, magari nel Sud». Donini sottolinea anche un altro rischio: «Non è affatto scontato che i fondi ex articolo 20 non siano già impegnati: in Emilia a esempio servono per costruire i nuovi ospedali a Carpi, Cesena Piacenza. Insomma non sono fondi così liberi come pensa il Governo».



**Sulle case di comunità Emilia-Romagna, Lombardia e Piemonte sono a metà percorso e altre Regioni a zero**