



CONSIGLIO NAZIONALE
DEGLI INGEGNERI



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

Nota per la 10a Commissione permanente, Senato della Repubblica italiana

Audizione del 29 marzo 2023

Ing. Angelo Domenico Perrini

Presidente Consiglio Nazionale degli Ingegneri

10ª COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

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

Audizioni 29 marzo 2023

Quesiti:

- 1)** Il programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67 è stato avviato oltre trent'anni fa. Regioni e province autonome stanno procedendo alla definizione e alla realizzazione degli interventi previsti dagli accordi di programma con un passo spesso molto diverso. Quali sono le maggiori criticità che, segnalate dai vostri associati, non consentono la realizzazione degli interventi in tempi coerenti con quanto ci si aspetterebbe?

R¹. Occorre premettere che la legge 11 marzo 1988 n.67 ha rappresentato un provvedimento di rilevanza strategica per il Paese, in quanto, con l'art. 20, poneva le basi per un ambizioso e necessario progetto a lungo termine di riorganizzazione e modernizzazione del sistema sanitario pubblico, con particolare riguardo alla cura del "patrimonio strutturale" e dell'apparato tecnologico dei presidi ospedalieri. Pur essendo nel complesso il sistema sanitario italiano uno dei migliori in Europa e non solo, per qualità delle cure ed accesso universale alle stesse, l'attuazione del processo di ammodernamento auspicato dalla legge in oggetto si è contraddistinta per ritardi rispetto al programma generale e per sostanziali differenziazioni territoriali.

Un primo aspetto evidente che può essere segnalato è la persistenza di una non sufficiente integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali. Un secondo aspetto critico, che non accenna a diminuire, è rappresentato dalle lunghe liste di attesa per l'accesso a sistemi di cura ed esami diagnostici. Un terzo aspetto riguarda la difficoltà di riorganizzare, soprattutto, i sistemi di primo soccorso, affiancandogli strutture che possano affrontare i pazienti con codici di emergenza meno gravi, lasciando alle strutture ospedaliere solo quelli con codici di emergenza gravi.

¹ La presente Nota è stata predisposta con il contributo del Centro studi del Consiglio nazionale degli Ingegneri.

Un quarto ed ultimo aspetto, riguarda l'attuazione di un più intenso processo di innovazione tecnologica all'interno delle strutture ospedaliere, così come è peraltro nello spirito di alcune Componenti della Missione 6 del PNRR.

Sebbene molti passi avanti siano stati fatti negli ultimi anni, l'introduzione, l'uso e la manutenzione di apparati diagnostici in ambito medico richiede la presenza di figure specialistiche che peraltro affianchino e operino in sinergia con il personale medico. Il Consiglio Nazionale degli Ingegneri intende richiamare l'attenzione della Commissione 10^a sulla figura dell'Ingegnere biomedico e clinico, figura specialistica la cui funzione è quella di progettare, organizzare e gestire specifici processi all'interno di strutture medico-ospedaliere e di cura. La legge 2018 n. 3 (c.d. Legge Lorenzin) in materia di riordino delle professioni sanitarie all'art. 10 ha istituito l'elenco nazionale certificato degli Ingegneri biomedici e clinici, a sottolineare come tali figure professionali debbano essere considerate parte integrante delle strutture per le cure mediche.

L'elenco, tenuto dal Consiglio Nazionale degli Ingegneri, rappresenta un elemento di garanzia delle competenze di tali figure e dovrebbe essere trasformato in una sorte di fonte primaria a cui le ASL debbano attingere, insieme ad altre fonti, in previsione di selezioni di figure tecniche operanti in ambito biomedico. Tale discorso acquisisce ulteriore peso se si tiene conto che una parte cospicua della Missione 6 del PNRR destina consistenti risorse all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (4,05 miliardi di euro).

Da un punto di vista generale, le criticità che il nostro sistema rivela possono essere sintetizzate come segue:

- difficoltà di ridurre i divari territoriali in termini di attuazione del processo di modernizzazione e innovazione delle strutture di cura;
- tempi eccessivamente lunghi per l'espletamento di gare pubbliche finalizzate ad intervenire sulle strutture ospedaliere;
- ritardi accumulati nel tempo relativamente agli interventi in chiave antisismica delle strutture ospedaliere, che va tuttavia di pari passo con la percezione estremamente bassa, sia presso le Istituzioni che presso la popolazione, del rischio sismico che caratterizza il nostro Paese;
- necessità di un piano a medio-lungo termine che ridefinisca i parametri per una pianta organica ottimale delle strutture ospedaliere, prevedendo di affiancare al personale medico anche personale tecnico, specializzato in ambito biomedicale, come gli ingegneri biomedici e clinici e i fisici operanti in ambito sanitario.

2) Ci sono azioni specifiche che, segnalate dai vostri associati, potrebbero accelerare la realizzazione degli interventi di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67 nelle diverse fasi del processo (definizione degli interventi previsti dagli accordi di programma, progettazione degli interventi specifici, gare e appalti, realizzazione degli interventi, collaudi, etc.)?

R. Quanto previsto dalla Missione 6 del PNRR rappresenta di per sé lo strumento per dare piena attuazione allo spirito dell'art. 20 della legge 11 marzo 1988. La Missione 6 agisce infatti nel senso della riduzione dei divari territoriali dell'offerta di servizi di cura e assistenza nonché nella direzione della modernizzazione strutturale e tecnologica delle strutture ospedaliere. In particolare, va ricordato che gran parte della Componente 2 (Innovazione, ricerca, Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale) della Missione 6 tende ad intervenire sul processo di modernizzazione e rinnovamento delle strutture ospedaliere e delle reti di cura.

4,05 miliardi sono stati stanziati dal PNRR per l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, 1,64 miliardi di euro sono stati stanziati per la messa in sicurezza in chiave antisismica degli ospedali, 1,67 miliardi di euro sono disponibili per il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e per la raccolta ed elaborazione dati in ambito sanitario, 1,26 miliardi sono destinati al trasferimento tecnologico in ambito biomedico.

I professionisti dell'area tecnica, in particolare il sistema dell'ingegneria, si sente pienamente coinvolto in questo processo di rilevanza strategica, definito con grande chiarezza dal PNRR.

Questo sistema, da quanto possiamo rilevare direttamente sul campo, registra a nostro avviso una fase critica, che auspichiamo sia solo momentanea. L'impressione è che rispetto al piano di intervento delineato per la Missione 6, ed in particolare per la Componente 2, si stiano già oggi accumulando una serie di ritardi anche perché gli obiettivi sono ambiziosi, come quello di attivare le case di cura di prossimità o il rinnovo del parco tecnologico degli ospedali. Questa sensazione collima con i dati ufficiali che confermano ad oggi un livello di spesa per la Missione 6 piuttosto contenuto. Occorre dire tuttavia che per alcuni target la data di scadenza è il 2026; occorre quindi attendere per esprimere valutazioni definitive.

Il punto su cui questo Consiglio Nazionale intende soffermarsi riguarda tuttavia la complessità delle norme in materia di gare d'appalto previste dal Codice dei Contratti Pubblici. Sebbene sia imminente la pubblicazione e l'entrata in vigore del nuovo Codice degli Appalti, intendiamo sottolineare che tali norme definiscono procedure di assegnazione delle opere che mal si conciliano con i tempi ridotti da adottare per l'attuazione delle misure previste dal PNRR. Come professionisti riscontriamo la difficoltà delle stazioni appaltanti e gestire, anche e soprattutto in ambito sanitario, interventi complessi ma con standard qualitativi e strutturali comuni su tutto il territorio nazionale. Una semplificazione in tal senso sarebbe auspicabile.

- 3)** In questo particolare contesto storico in cui l'inflazione è tornata a crescere come non si era visto da molti anni, quali difficoltà si stanno evidenziando nella realizzazione degli interventi di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67? Ci sono eventuali misure che codesta Associazione auspica vengano definite e messe in campo?

R. Per una serie di circostanze concomitanti, nell'ultimo anno e mezzo i materiali per l'edilizia e l'impiantistica, hanno registrato consistenti incrementi dei prezzi unitari. Questa ondata inflazionistica non ha effetti solo sul consumatore finale ma sta mettendo in crisi il sistema delle commesse assegnate con evidenza pubblica. Sono sempre più frequenti i casi di aziende aggiudicatrici di gare con evidenza pubblica che si trovano a dover realizzare opere con prezzi in costante crescita rispetto a quelli calcolati in sede di presentazione dell'offerta.

Il Consiglio Nazionale degli Ingegneri, auspica che le imprese aggiudicatrici possano fruire di un sistema di adeguamento automatico dei prezzi che, in modo trasparente, operi per la durata della realizzazione delle opere.

4) Quali delle criticità segnalate per gli interventi di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, ad avviso di codesta Associazione, potrebbero, se non governate, manifestarsi anche nella realizzazione degli interventi previsti dalla Missione 6 del PNRR?

R. Il Consiglio Nazionale degli Ingegneri ritiene che per gli interventi di modernizzazione delle strutture sanitarie così come previste nella Missione 6 del PNRR occorra:

- attivare meccanismi che consentano alle imprese aggiudicatrici di recuperare eventuali perdite derivanti dall'incremento dei prezzi dei prodotti per l'edilizia, impianti e macchinari; il meccanismo di recupero/compensazione deve essere di semplice accesso e rapido utilizzo;
- qualificare maggiormente le stazioni appaltanti operanti in ambito sanitario, al fine di superare, in un breve arco temporale, alcune inefficienze che caratterizzano tutto il sistema delle stazioni appaltanti in Italia;
- disporre di norme in materia di Codice dei Contratti pubblici, che garantiscano procedure di assegnazione dell'appalto in modo semplice ed efficace;
- ridefinire con chiarezza l'effettivo stato di avanzamento di ciascuna componente della Missione 6 in modo da comprendere quali interventi siano in linea con il cronoprogramma e quali richiedono già oggi una eventuale ridefinizione e nuova pianificazione.

5) Per la verifica delle criticità connesse al programma pluriennale di investimenti ex articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n.67, nonché per l'individuazione delle soluzioni volte ad accelerarne l'attuazione, il CIPESS ha istituito il "Tavolo tecnico interistituzionale in materia di edilizia sanitaria, riqualificazione ed ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico".

Tale Tavolo potrebbe evolversi in una struttura permanente di supporto tecnico all'attuazione del programma (Cabina di regia, struttura di missione, etc.) e, tra le diverse funzioni, potrebbe assolvere anche quella di consentire di esaminare le diverse problematiche e, attraverso il coinvolgimento dei diversi attori e *stakeholder*, mettere a fattor comune le soluzioni individuate. Potrebbe inoltre anche costituire il luogo di valutazione tecnica delle diverse proposte di modifica normativa volte ad accelerare la realizzazione degli interventi.

Qual è la posizione al riguardo di codesta Associazione?

R. Siamo favorevoli a tutto ciò che possa garantire il coordinamento dei vari meccanismi di spesa e che consenta di superare ostacoli procedurali che molto spesso nel Paese consentono di realizzare in tempi credibili un'opera o un intervento pubblico.

Se il tavolo tecnico, dunque, dovesse acquisire la forma, ad esempio di una Struttura di Missione, andrebbe anche chiaramente definito quali poteri, quali risorse e quali informazioni tale struttura debba gestire. La struttura dovrebbe avere la funzione, da subito, di monitorare lo stato di attuazione del processo di modernizzazione del sistema ospedaliero con particolare riguardo all'attuazione della Missione 6 del PNRR. Essa dovrebbe disporre del potere di ridefinire, in caso di criticità, le azioni necessarie per l'attuazione delle singole componenti della Missione 6 e, soprattutto, dovrebbe disporre di poteri per evidenziare criticità nell'attuazione di gare d'appalto proponendo eventuali soluzioni. Ulteriori strutture che non siano dotate di tali poteri operativi risulterebbero, a nostro avviso, ridondanti.