



**PNRR MISSIONE SALUTE**  
**VERSO UNA SANITÀ TERRITORIALE:**  
**UN PIANO DI INVESTIMENTI IN STRUTTURE**

**Report finale**

**LUGLIO 2021**



**PNRR MISSIONE SALUTE**  
VERSO UNA SANITÀ TERRITORIALE:  
UN PIANO DI INVESTIMENTI IN STRUTTURE

---

**Studio a cura di**  
**Nomisma – Società di Studi Economici spa**  
Strada Maggiore, 44  
Bologna (Italy)  
T +39 051 6483.111

**Gruppo di lavoro**  
Marco MARCATILI  
Roberta GABRIELLI  
Johnny MARZIALETTI  
Barbara DA RIN  
Maria Cristina PERRELLI BRANCA  
Marta FERGACICH

**Report Finale**  
Luglio 2021

# Indice

<b>CAPITOLO 1 – GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO NOMISMA - REKEEP E I NUMERI CHIAVE DEL PERCORSO VERSO UNA SANITÀ TERRITORIALE .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO 2 - LE PRIORITÀ D’AZIONE: LE DIRETTRICI GUIDA EMERSE DAI WEBINAR E DALLE INTERVISTE AGLI STAKEHOLDER.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPITOLO 3 – PATRIMONIO SANITARIO: LA MAPPATURA DELLE CONSISTENZE.....</b>	<b>27</b>
<b>CAPITOLO 4 - GLI INTERVENTI E IL PIANO DI INVESTIMENTI COLLEGATI</b>	<b>44</b>
<b>CAPITOLO 5 - GLI IMPATTI ECONOMICI .....</b>	<b>55</b>
<b>CAPITOLO 6 - GLI IMPATTI SOCIALI E SANITARI .....</b>	<b>66</b>
<b>CAPITOLO 7 - GLI IMPATTI AMBIENTALI .....</b>	<b>77</b>

# **CAPITOLO 1 – GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO NOMISMA - REKEEP E I NUMERI CHIAVE DEL PERCORSO VERSO UNA SANITÀ TERRITORIALE**

## L'OLTRE COVID-19 DEL PATRIMONIO SANITARIO PUBBLICO

### L'ATTENZIONE AI PILASTRI DI SVILUPPO PRIORITARIO DEL PAESE

Nel 2021, Nomisma e Rekeep hanno focalizzato l'attenzione sulla necessità di accelerare la medicina territoriale per guardare oltre la pandemia e colmare le fragilità del sistema sanitario nazionale apprese durante il Covid. Tale studio fa seguito a quello condotto nel 2020, in cui si è voluta cogliere l'opportunità di un "Green Deal" italiano sugli edifici scolastici.

**Il denominatore di entrambi gli studi è comune, Sanità e Scuola costituiscono gli ambiti di sviluppo prioritario di un Paese.**

Per molti versi c'è un Paese "a testa bassa" piegato dal fronteggiamento estenuante in una situazione economica e sociale già oggettivamente compromessa, con una prospettiva reale di breve periodo, sovraccarico di parole a volte vuote, altre volte ostili, in alcuni casi a bassa affidabilità.

Per altri versi, questo è un periodo di capovolgimenti e apprendimenti utili che possono riscattare la voglia di "rialzare la testa" sugli investimenti pubblici in ambito socio-sanitario e a maggiore valore aggiunto economico, sociale e ambientale.

In questo senso il Presidente Mario Draghi ha posto il suo sigillo al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) con queste parole: *"L'Italia deve combinare immaginazione, capacità progettuale e concretezza, per consegnare alle prossime generazioni un Paese più moderno, all'interno di un'Europa più forte e solidale"*.

### PREMESSA

Le pagine che si susseguono in questo primo capitolo vogliono illustrare in maniera sintetica, ma fornendo comunque gli elementi principali dell'analisi, il percorso che il team di lavoro di Nomisma ha deciso di perseguire insieme a Rekeep.

Si lascia pertanto ai capitoli successivi il compito di presentare dettagliatamente il processo seguito e i risultati ottenuti, sia da un punto di vista di analisi tecnica, sia in una concezione interpretativa più ampia. La doppia prospettiva di lettura porta così a tenere in considerazione congiuntamente i benefici - non solo economici, ma anche sociali, sanitari e ambientali - per l'intera comunità derivanti dal rafforzamento di una sanità

territoriale. Artefici del potenziale circuito virtuoso sono il potenziamento e la riqualificazione delle strutture della rete. Lo studio, infine, vuole dare un messaggio sull'importanza della possibilità di affiancare il privato al pubblico al fine di poter parlare di una concreta co-programmazione e co-realizzazione del piano di investimenti in particolare per ciò che riguarda le RSA e le strutture ambulatoriali.

**IL BENESSERE  
DELLA COMUNITÀ E  
LA GENERAZIONE  
DI UN VALORE  
CONDIVISO**

Il durante-Covid-19 ha favorito una coscienza collettiva in cui le politiche pubbliche e le scelte d'investimento sono buone solo se in grado contemporaneamente di aumentare il valore economico prodotto, migliorare la qualità sociale e il benessere della comunità nella logica di una sanità territoriale.

**Non abbiamo più bisogno di proposte (generiche) per una ripartenza (generica), ma di focalizzare l'attenzione su degli "anti-virus" reali, credibili e sostenibili per un cammino lungo e trasformativo orientato alla generazione di "valore condiviso".**

**NÉ PICCOLO, NÉ  
GRANDE, LE  
DOMANDE PER  
UNA SANITÀ  
TERRITORIALE DI  
RETE**

Con questo spirito, lo studio 2021 di Nomisma - Rekeep "***Verso una sanità territoriale: un piano di investimenti in strutture***" ha voluto dare una risposta alle seguenti domande:

1. **Come ripensare l'assistenza sanitaria italiana in modo da superare le criticità emerse durante la pandemia?**
2. **Che cosa prevede il PNRR in tal senso e quali sarebbero i fabbisogni reali per realizzare il modello atteso di sanità territoriale?**
3. **Dato il fabbisogno in termini di strutture definito dal PNRR e quello reale, quale piano di investimenti può essere definito?**
4. **Quali sono gli effetti sanitari e sociali che si verrebbero a creare perseguendo una scelta di questo tipo?**
5. **E quali impatti economici ed effetti ambientali si avrebbero per il Paese?**

**IL PERCORSO SEGUITO E LE SFIDE EMERSE DAI KEY OPINION LEADER (CAPITOLO 2)**

Il punto di partenza dello studio Nomisma - Rekeep per una sanità territoriale è stata la contestualizzazione degli apprendimenti che il mondo sanitario ha avuto a seguito della pandemia da Covid-19. In tal senso, fondamentale è stata l'attività di **intervista e ascolto dei Key Opinion Leader sanitari** – attività realizzata grazie al supporto e alla collaborazione con FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) e strutturata in **3 momenti di confronto specifici con gli stakeholder** (FIMMG, FNOMCEO, FNOPI, ANAAO-ASSOMED), in uno stile aperto e laboratoriale. Sono emersi 3 ambiti di azione prioritari:

- 1. Personale del SSN** (incremento del numero di risorse umane e formazione digitale)
- 2. Continuità Ospedale – Territorio** (agendo sugli Ospedali di Comunità)
- 3. Assistenza Territoriale** (agendo in via prioritaria sulle Case della Comunità e sulle residenze per le fasce di popolazione più anziana) (Capitolo 2).

**Pur essendo cruciale e riconosciuta la priorità d'azione sul personale sanitario, lo studio, per sua natura, si è concentrato sull'edilizia sanitaria e sui benefici economici, sociali, sanitari e ambientali che un intervento in tal senso avrebbe per la comunità.**

La via maestra segnata dalle priorità dichiarate dai Key Opinion Leader ha costituito il **framework di riferimento per contestualizzare le attività di analisi tecnica sulla mappatura del patrimonio di strutture sanitarie esistenti**, sviluppata analizzando i database del Dipartimento del Tesoro del Ministero dell'Economia e delle Finanze (Capitolo 3). Questo ha portato alla **definizione degli interventi in funzione del fabbisogno indicato nel PNRR e del fabbisogno reale stimato in funzione di precisi parametri e dei conseguenti investimenti** (Capitolo 4). Lo step successivo è stata la **misurazione degli effetti degli investimenti in riconversione delle strutture socio-sanitarie e nell'efficientamento energetico delle stesse** in termini di **impatti economici, sociali, sanitari e ambientali** (Capitoli 5, 6, 7).



## AS IS – DATABASE IMMOBILIARE

### PATRIMONIO SANITARIO: LA MAPPATURA DELLE CONSISTENZE

(CAPITOLO 3)

Nel Capitolo 3, il team di lavoro ha analizzato il patrimonio immobiliare pubblico non residenziale attraverso i dati forniti dal Ministero della Salute e dal Dipartimento del Tesoro, afferente all'edilizia sanitaria. L'obiettivo è stato dunque di mappare le principali caratteristiche di bacino di valore sino ad ora in parte trascurato. Le strutture sanitarie presenti in Italia e attualmente mappate dal Ministero della Salute sono **27.211**, di cui **995 sono ospedali**. La componente **pubblica** rappresenta il **41,9%** nelle strutture di assistenza territoriale, mostrando un ruolo non secondario delle strutture private accreditate. Dalla situazione analizzata emerge complessivamente in Italia una concentrazione del pilastro della Salute, il **20% delle regioni** (Lombardia, Emilia Romagna, Sicilia, Campania, Veneto) **detiene il 50% delle strutture**; importanti si confermano pertanto gli ambiti di azione, anche nel perimetro delineato dal PNRR per poter **riequilibrare la situazione attuale** in funzione della concentrazione della popolazione delle Regioni, colmando un **gap** che si traduce in mancanza di posti letto, non solo ospedalieri. **L'analisi dei dati del Dipartimento del Tesoro ha consentito di individuare 21.055 unità immobiliari con finalità socio sanitaria o appartenenti alla tipologia "Ospedale", che corrispondono a 53,8 milioni di mq a livello nazionale.** Le strutture si concentrano nei comuni di medie (33%) e grandi dimensioni (34%) a fronte di una minor concentrazione della popolazione (24%). **I dati evidenziano dunque come esista non solo un gap regionale, ma anche una necessità di potenziare la rete territoriale al fine di**



**non sovraccaricare i centri di più grandi dimensioni.** Il terzo punto rilevante emerso durante l'attività "As is" di analisi del patrimonio immobiliare esistente è stato l'emergere (di almeno) **2 milioni di mq relativi a strutture inutilizzabili e non utilizzate** (il 36% concentrate nel Nord Ovest), pari al 4% del campione mappato e messo a disposizione dal Dipartimento del Tesoro; percentuale che sale al 7% per le strutture costruite prima del 1945. **I dati aprono la strada ad importanti ragionamenti sull'utilizzo del suolo esistente rispetto all'utilizzo di nuovo – preservando così il territorio – per poter sanare il fabbisogno di strutture indicato dal PNRR e dall'analisi sviluppata ad hoc da Nomisma - Rekeep.**

**TO BE - GLI  
INTERVENTI  
E IL PIANO DI  
INVESTIMENTI  
COLLEGATI  
(CAPITOLO 4)**

Nel Capitolo 4, partendo dall'analisi "As is" delle strutture immobiliari sanitarie e dalle linee guida emerse dai Key Opinion Leader, il team di lavoro ha stimato il **fabbisogno standard** (numero di strutture di cui ci sarebbe bisogno per rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale) **per ciascuna delle 3 tipologie di strutture:**

- 1. Ospedali di Comunità (1.205 strutture, ipotizzando 20 posti letto per struttura)**
- 2. Case della Comunità (3.010, ipotizzando una struttura ogni 20.000 ab., o 4.013, ipotizzando un'assistenza più capillare con una struttura ogni 15.000 ab.)**
- 3. Residenze Sanitarie Assistenziali (I LEA Livelli Essenziali di Assistenza prevedono 10 posti letto ogni 1.000 anziani residenti, ma 11 Regioni sono attualmente sotto tale standard).**

Successivamente, è stato analizzato il capitolo 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per ricavare il **numero di strutture interessate dagli investimenti ipotizzati nel Piano, 381 Ospedali di Comunità per un investimento di 1 miliardo; 1.288 Case della Comunità per un investimento di 2 miliardi, per complessivi 3 miliardi di euro.**

Infine, si è definito il **numero aggiuntivo di strutture da attivare al di fuori del PNRR per raggiungere il fabbisogno standard.**

**OSPEDALI DI COMUNITA'****L'OBIETTIVO È ATTIVARE 1.042 OSPEDALI DI COMUNITÀ**

Attualmente in Italia sono attivi **163 Ospedali di Comunità**. Con i fondi del PNRR se ne **potranno realizzare 381 per 7.620 posti letto**.

Per raggiungere il **fabbisogno standard** (1 struttura ogni 50.000 abitanti, pari a 1.205 strutture) è necessario prevedere **l'attivazione di ulteriori 661 Ospedali di Comunità**, pari a **13.220 posti letto** (ipotizzando 20 posti letto per struttura).

**L'intervento complessivo riguarda dunque 1.042 Ospedali di Comunità, per un totale di 20.840 posti letto.**

Per l'attivazione di **ulteriori 661 Ospedali di Comunità** si necessita di **1,3 miliardi di Euro aggiuntivi** (oltre al miliardo già stanziato dal PNRR), per un **investimento complessivo pari a 2,3 miliardi di Euro** (e una consistenza di quasi 1,2 milioni di mq).

**CASE DELLA COMUNITA'****L'OBIETTIVO È ATTIVARE 2.521 CASE DELLA COMUNITÀ**

In Italia oggi sono attive 489 Case della Comunità.

Il **fabbisogno standard** prevede una Casa della Comunità ogni 20.000 abitanti, **significa disporre di 3.010 strutture su tutto il territorio nazionale** (nel caso di un'assistenza ancor più capillare, il parametro di riferimento è una struttura ogni 15.000 abitanti, pari a un totale di 4.013 Case della Comunità).

Con i **2 miliardi di euro** provenienti dai fondi del Recovery Fund ne saranno aperte 1.288 entro il 2026. **Per raggiungere il fabbisogno standard, è necessario attivare ulteriori 1.233 strutture** oltre a quelle previste nel PNRR (nell'ipotesi più stringente, il numero sale a 2.236). L'intervento ipotizzato interessa un **numero complessivo di 2.521 Case della Comunità** (3.524 nell'ipotesi di elevata capillarità) **per un investimento complessivo di 3,4 miliardi di euro.**

## RSA

### L'OBIETTIVO È ATTIVARE 527 RSA IN 11 REGIONI

Per raggiungere il parametro-obiettivo di 10 posti letto ogni 1.000 anziani in ogni regione che attualmente presenta un gap negativo è **necessario attivare 527 strutture con un investimento complessivo di 2,6 miliardi di euro** (di cui 308 milioni già previsti nel PNRR), **per un numero complessivo di 36.890 posti letto, sotto l'ipotesi di realizzare 70 posti letto in ciascuna struttura.**

	STRUTTURE (Numero)		
	PNRR	AGGIUN- TIVE	TOTALE
<b>Ospedali di Comunità</b>	381	661	1.042
<b>Case della Comunità</b>	1.288	1.233	2.521
<b>RSA</b>	n.d	527	527
<b>TOTALE</b>	<b>1.669</b>	<b>1.894</b>	<b>3.563</b>

Gli **investimenti complessivamente stimati**, discussi in modo più approfondito nel paragrafo successivo, **ammontano complessivamente a 8,2 miliardi** ed interessano una superficie di **5,4 milioni di mq.** Lo studio evidenzia come **per raggiungere il fabbisogno standard** – intervenendo quanto più possibile sul patrimonio pubblico dismesso, attraverso il riuso degli immobili esistenti - **siano dunque necessari ulteriori 4,9 miliardi di euro.** Gli investimenti sulle strutture aggiuntive al PNRR sono stati stimati come interventi di **riqualificazione** (77% dei casi) e di **nuova costruzione** (oppure demolizione e ricostruzione) nel 23% dei casi.

## IMPACT INVESTING

### GLI IMPATTI ECONOMICI

(CAPITOLO 5)

L'emergenza sanitaria indotta dal Covid-19 non ha fatto che esasperare la situazione di instabilità in cui a livello macro-economico si trova l'Italia. La chiusura temporanea di interi settori dell'economia si è accompagnata ad uno shock di domanda ancor più forte, dovuta alla perdita di reddito di lavoratori e imprenditori coinvolti nelle chiusure.

Lo shock sanitario ha evidenziato la fragilità del sistema centrale, sebbene fondamentale e con un ruolo cruciale riconosciuto da tutte le istituzioni e dai cittadini durante il picco dell'emergenza. Si amplifica un gap territoriale sanitario, si delinea così la necessità di investire per essere territoriali. Un'azione di questo tipo sulla rete di strutture territoriali si configura come lo strumento di politica macroeconomica adeguato in grado di portare importanti benefici economici, ma non solo, come sarà poi approfondito nei Capitoli 6 e 7.

Il già citato ammontare complessivo degli **investimenti di nuova costruzione e riqualificazione di 8,2 miliardi di euro** può essere così dettagliato:

**1. OSPEDALI DI COMUNITÀ**

**2,3 miliardi di euro, di cui 1 miliardo previsto nel PNRR;**

**2. CASE DELLA COMUNITÀ**

**3,4 miliardi di euro, di cui 2 miliardi previsti nel PNRR;**

**3. RSA**

**2,6 miliardi di euro, di cui 308 milioni previsti nel PNRR.**

**Al netto del costo della tecnologia prevista, degli 8,2 miliardi necessari per il raggiungimento del fabbisogno standard, l'investimento rivolto al settore costruzioni è pari a 7,4 miliardi di euro. Questo genera un impatto economico complessivo a livello nazionale di 25,7 miliardi di euro, per ogni euro investito nella riqualificazione e ristrutturazione delle strutture identificate si generano quindi 3,5 euro; si parla in questo caso di un beneficio economico in fase di sviluppo.**

A questo si deve aggiungere un ulteriore beneficio economico a regime – ovvero una volta terminata la fase di sviluppo delle strutture – che attiva la produzione **nei settori dei servizi sanitari e delle facilities**. È così possibile osservare **un effetto propulsivo che vede a regime un beneficio di 160 milioni di euro per i servizi di facilities** (pulizie vigilanza, mensa, lavanderia e manutenzioni) suddiviso tra i **1.042 Ospedali di Comunità; 193 milioni di euro per le 2.521 Case di Comunità e 355 milioni di euro per le 527 RSA.**

Sia nella logica di una fase di **sviluppo**, che a **regime**, quindi sia nel caso di interventi di riqualificazione edilizia del patrimonio pubblico, sia nella gestione dei servizi sanitari, il PPP, disciplinato dall'art. 183 comma 15 del DLgs 50/2016, **si configura come valido strumento di efficienza per una diversificazione del rischio e un'attività di co-progettazione e co-gestione** che non può rimanere appannaggio esclusivo del settore pubblico considerando anche l'effort complessivo.

## IMPACT

## INVESTING

## GLI IMPATTI

## SOCIALI E

## SANITARI

### (CAPITOLO 6)

I benefici di un investimento sulla rete territoriale sanitaria non sono esclusivamente economici. Il Capitolo 6, si pone l'obiettivo di descrivere i molteplici **impatti a favore della comunità in ambito sociale e sanitario**:

- **Aumento dell'occupazione**, incremento reddito familiare, aumento **consumi interni**;
- **Aumento delle prestazioni** ospedaliere e ambulatoriali erogate;
- **Miglioramento della coesione sociale**;
- Riduzione dei **tempi di attesa** per le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali;
- Incremento del **tempo relazionale fra medico e paziente**;
- Aumento del **benessere organizzativo**, miglioramento del clima lavorativo e del commitment alla professione;
- Miglioramento della **qualità degli outcome**;
- Aumento della **qualità percepita da parte dei pazienti**.

Uno dei benefici principali derivanti da un miglior presenza territoriale è il **patient engagement**, un processo cruciale, connesso ai fattori psico-sociali, relazionali e organizzativi che favoriscono l'abilità della persona assistita nel diventare più attiva, consapevole e partecipativa nella gestione del percorso di cura. Per alcuni aspetti, il **patient engagement** rappresenta un ulteriore passo rispetto all'empowerment dello stesso, perché prevede anche una fase di attivazione.

I benefici sociali e sanitari sono strettamente collegati anche a benefici economici direttamente riconducibili ai primi, occorre pertanto segnalare:

- Riduzione del carico di pazienti in fase post acuta presenti negli ospedali e garanzia di una dimissione precoce e sicura;
- Riduzione dei ricoveri ospedalieri ripetuti;
- Riduzione dei ricoveri inappropriati e dei tempi di degenza;
- Decremento dei costi ospedalieri, dovuti a ricoveri ripetuti, impropri e prolungati.

Fondamentale, infine, la possibilità di **ridurre la percentuale di accessi impropri in Pronto Soccorso**, attualmente pari, secondo uno studio AGENAS, al 30%.

## IMPACT

## INVESTING

## GLI IMPATTI AMBIENTALI

### (CAPITOLO 7)

Il progetto non richiama direttamente nel titolo la forte valenza ambientale, ma ciò non significa che ne sia sprovvisto. Il Capitolo 7 vuole approfondire questi aspetti partendo dai Criteri Ambientali Minimi dettati dalla normativa nazionale in tema di edilizia, che assicurerebbero una serie di benefici che vanno dal contenimento degli impatti ambientali, all'attivazione di una economia circolare.

**In tal senso, l'emergenza nata dal Covid-19 può costituire, ancora una volta, un acceleratore consapevole, importante segnalare la riduzione delle emissioni atmosferiche stimata in 117 milioni annui di CO2.**

La riduzione della CO2 rappresenta un indubbio vantaggio sotto il profilo dei cambiamenti climatici come diretta conseguenza della minore produzione di emissioni climalteranti, gli interventi hanno però dei benefici anche al livello locale in termini di impatti ambientali, nonché effetti di tipo indiretto grazie all'attivazione di circuiti virtuosi sotto il profilo della sostenibilità.

Sotto l'aspetto dei benefici ecosistemici complessivi, il piano proposto genera infatti una serie di effetti legati a:

- 1. Resilienza urbana**  
(valorizzazione delle aree interessate)
  
- 2. Attivazione significativa dell'Economia circolare**  
(riuso dei materiali e riciclo)
  
- 3. Tutela del suolo**  
(non utilizzo di nuove superfici, ma azione sul patrimonio inutilizzato e inutilizzabile)
  
- 4. Contenimento degli impatti ambientali**  
(grazie all'utilizzo di impianti moderni e alla creazione di edifici più avanzati).

**CAPITOLO 2 - LE PRIORITÀ D'AZIONE:  
LE DIRETTRICI GUIDA EMERSE  
DAI WEBINAR  
E DALLE INTERVISTE  
AGLI STAKEHOLDER**



## IL COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER

In uno stile aperto e laboratoriale, Nomisma ha potuto contare su tre grandi “fonti informative” per elaborare un piano di investimenti in strutture necessario per accompagnare **una sanità più vicina alle persone e ai territori**. In primis, lo sguardo prezioso ed esperienziale del mondo medico (FIMMG, FNOMCEO, FNOPI, ANAAO-ASSOMED) approfondito in questo capitolo; **le scelte di dettaglio previste dal PNRR**, con riferimento alla “missione 6 – Salute” e agli obiettivi specifici su Ospedali di Comunità, Case della Comunità e Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA); il che ha consentito di ricostruire le consistenze degli spazi adibiti ad uso socio-sanitario, ma soprattutto **l’opportunità di quantificare un intervento sugli edifici inutilizzati e non più funzionali partendo dalla definizione di un fabbisogno standard e reale**.

### ❖ Webinar 12, 15, 19 aprile 2021: il percorso in pillole

- ✓ 7 esperti coinvolti
- ✓ 1 moderatrice
- ✓ 3 webinar di approfondimento

#### I partecipanti

- ✓ **Filippo Anelli** - Presidente FNOMCEO (Federazione Naz. Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri)
- ✓ **Marco Geddes da Filicaia** - Già direttore sanitario del Presidio Ospedaliero Firenze centro dell’Azienda sanitaria di Firenze e dell’Istituto Naz. Tumori di Genova; vice presidente del Consiglio Superiore di Sanità
- ✓ **Barbara Mangiacavalli** - Presidente FNOPI (Fed. Naz. Ordini Professioni Infermieristiche)
- ✓ **Guido Quici** - Presidente Federazione CIMO-FESMED
- ✓ **Rita Romitelli** – Direttore Ufficio 7 Patrimonio del Servizio sanitario nazionale, è stata Dirigente Responsabile Struttura Semplice “Settore Edilizia”, del Servizio Attività Tecniche Interaziendale
- ✓ **Silvestro Scotti** - Segretario Generale Nazionale FIMMG (Federazione Italiana Medici di Famiglia)
- ✓ **Costantino Troise** – Presidente Nazionale ANAAO-ASSOMED (Associazione Medici Dirigenti)

Moderatrice: **Nerina Dirindin** - CORIPE Piemonte, Università di Torino

**❖ Il Programma****12 aprile**

- ✓ Linee strategiche per la riforma della sanità
- ✓ Il binomio interventi (ristrutturazione, rinnovamento, digitalizzazione) di piccola e media portata VS grandi interventi
- ✓ Principali aree di miglioramento e priorità di intervento delle realtà di riferimento degli esperti partecipanti

**15 aprile**

- ✓ Il punto sul patrimonio immobiliare italiano destinato a servizi di assistenza socio-sanitaria

**19 aprile**

- ✓ Stato dell'arte della programmazione PNRR regionale
- ✓ Presidi per le cure intermedie: nuove strutture, riconversioni o collocazione presso altri servizi esistenti (RSA, presidi ospedalieri periferici, strutture di riabilitazione, ecc.)?
- ✓ Quali prospettive per le RSA?

## LE EVIDENZE EMERSE DALL'ASCOLTO DEGLI ESPERTI

### ❖ La visione condivisa

Il dilagare dell'epidemia da Covid-19 ha messo in luce, con una forza senza precedenti, non soltanto il grado di preparazione del nostro Sistema Sanitario, ma anche le contraddizioni che lo stesso aveva ben prima del proliferare dei contagi.

**Se da un lato la situazione di emergenza ha confermato la qualità del nostro sistema sanitario, incardinato su universalità e qualità della cura, dall'altro ha messo a nudo la fragilità di un sistema basato ancora sull'ospedale**, dimostrandone la centralità rispetto al "sistema sanitario territoriale". **Ciò è avvenuto sicuramente perché l'assistenza territoriale ha procedure meno sedimentate rispetto a quella ospedaliera e, quindi, in emergenza ci si è affidati alla macchina più "rodada", ma anche perché il territorio, in molti casi, non si è mostrato sufficientemente "attrezzato" per la gestione dei pazienti meno gravi o non ancora in fase acuta.**

Data questa consapevolezza, ormai ampiamente condivisa e confermata da tutti i più recenti documenti programmatori e di pianificazione di spesa pubblica, è evidente come una concreta ripartenza non può che passare da un **riorientamento strategico verso la sanità territoriale**, nonché da una vera e propria ridefinizione dell'intero modello di prestazioni sanitarie che, data l'evoluzione demografica ed epidemiologica attesa, sempre più dovranno essere in grado di incrociarsi con le prestazioni assistenziali.

Come emerso dal ciclo di webinar, si tratta di un "grande progetto" che probabilmente **avrebbe richiesto investimenti più elevati rispetto a quelli concessi nell'ambito del PNRR** ma che, tuttavia, ha attratto risorse del tutto inedite per il settore salute che, se ben impiegate, potranno dare avvio ad un potenziamento dell'assistenza territoriale e sanitaria nel suo complesso.

*"Il concetto attorno a cui ruota questo potenziamento è un completo capovolgimento del punto di vista: il paziente al centro e un sistema che ruota intorno a lui, non viceversa.*

*Un potenziamento che porrà la casa come primo luogo di cura e che implicherà importanti investimenti nell'innovazione tecnologica, nelle case della comunità – luogo in cui il cittadino dovrà trovare risposta ai principali bisogni di cura e di benessere -, nell'assistenza di prossimità e telemedicina, nell'ambiente, nella ricerca e nel trasferimento tecnologico, nell'assistenza domiciliare e negli ospedali di comunità – per ridurre la pressione "impropria" sugli ospedali, nonché alle esigenze della salute mentale dell'adulto e dell'adolescenza -, nelle RSA di nuova concezione"*

Per la prima volta in Italia si dovranno prevedere operazioni sia di grandi che di medie e piccole dimensioni; **per la prima volta ci si troverà di fronte a un binomio: non solo**

**interventi in grandi ospedali, come è accaduto in passato, ma anche in tante piccole iniziative e strutture territoriali, potenziali fonti di straordinarie opportunità in termini di creazione di occupazione e di ricchezza anche nelle parti più periferiche del Paese.**

*In quest'ottica, "sarà necessario raggiungere un equilibrio ottimale fra investimenti territoriali e ospedalieri, difendendo i primi dall'incombenza dei secondi e gestendo con efficacia i maggiori ostacoli urbanistici, autorizzativi, di viabilità intrinsecamente connessi alla realizzazione/ristrutturazione di strutture territoriali diffuse su terreni di proprietà pubblica".*

*Il tutto da conciliare con la prioritaria esigenza di "colmare la carenza di risorse umane e di valorizzare il lavoro dei professionisti che, integrando le loro competenze con i nuovi strumenti tecnologici a disposizione, e opportunamente formati, dovranno rimanere le guide dei percorsi di cura e le principali sentinelle della salute e dell'ambiente".*

*"I medici di medicina generale con i pediatri di libera scelta, i medici specialisti territoriali, tutta le rete dei servizi sociali dei comuni, gli psicologi, gli assistenti sociali, i terapisti della riabilitazione sono tutte componenti che dovranno trovare un contenitore in cui far convergere competenze forze energie e risorse, con l'obiettivo di creare e ricomporre la frammentazione dei percorsi che c'è adesso".*

**Si dovrà lavorare alla costruzione e organizzazione di una fitta rete di cura, in cui i singoli nodi non potranno essere identificati solo nelle Case della Comunità ma necessiteranno di una dimensione più contenuta (micro-team) e di interconnessioni forti, in grado di garantire una reale vigilanza sui bisogni dei cittadini e una concreta prossimità nell'erogazione delle cure e dell'assistenza.**

Nell'ambito della costruzione di questa nuova rete, particolare rilevanza dovrà essere assunta dall'istituzione di Residenze Sanitarie Assistenziali di nuova concezione, che si discostino completamente dai vecchi modelli, la cui fragilità e obsolescenza sono state messe ampiamente in luce durante l'emergenza pandemica.

*"Bisognerà puntare ad una rimodulazione strutturale, alla creazione di sistemi modulari sviluppati su un solo piano che garantiscano all'anziano spazi più ampi e una vivibilità il più possibile assimilabile alla "propria casa"", che consentirebbe un innalzamento della qualità del servizio offerto e un miglioramento nella gestione degli ospiti.*

Ma anche incentivare la creazione di nuove soluzioni di tipo "abitativo-protetto", mutuando iniziative diffuse in diversi Paesi europei. Piccole abitazioni che usufruiscono di servizi collettivi e che, in stretto raccordo con i nodi di cura territoriali, tutelano l'autonomia di pazienti evitando il più possibile lo stato di istituzionalizzazione.

## ❖ Gli interventi in pillole

### Filippo Anelli

«Manca una visione di carattere culturale per un coinvolgimento pieno dei professionisti. Le risorse stanziare per il territorio consentono di intervenire in maniera significativa ma rimane da definire il ruolo dei professionisti e soprattutto il numero dei professionisti.

Ci sono diverse questioni da salvaguardare:

1. Risorse per finanziare un aumento del numero di professionisti sul territorio;
2. Modalità di integrazione degli strumenti di salute digitale all'interno della pratica clinica e dell'operato dei professionisti;
3. Ideazione di percorsi che portino i professionisti che operano nel territorio a diventare vere e proprie sentinelle della salute pubblica;
4. Rinnovo dei percorsi formativi;
5. Potenziamento della multidisciplinarietà delle professioni che operano sul territorio.»

### Marco Geddes da Filicaia

«E' necessario che gli investimenti territoriali siano in equilibrio con quelli ospedalieri. Bisognerà valutare attentamente gli investimenti in edilizia e tecnologia ospedaliera e scongiurare il rischio che alla fine i primi drenino anche le risorse previste per il territorio».

«Nuovi modelli residenziali sono fondamentali per ridurre l'impatto su RSA e ospedali ed effettuare un'adeguata assistenza domiciliare. Necessario il coinvolgimento dei Comuni per aspetti sociali, ma anche per le questioni urbanistiche».

### Barbara Mangiacavalli

«Le case della comunità rappresentano una buona prospettiva di ridisegno del territorio, se si ha l'obiettivo di migliorare l'esperienza attuale in termini di interconnessione maggiore, più concreta e appropriata fra le diversi componenti che operano sul territorio (MMG, PLS, specialisti territoriali, infermieri di famiglia, assistenti sociali, psicologi, ecc.), con l'obiettivo di ricomporre la frammentazione dei percorsi che esiste adesso».

**Guido Quici**

«E' necessario immaginare un modello di ospedale diverso, flessibile, capace di adattarsi alle varie esigenze con un tasso di posti letto adeguato».

«Occorre cambiare il paradigma secondo il quale le risorse umane sono un costo. In un contesto che vedrà un ingente investimento di risorse per la digitalizzazione (reti neurali, radimica, IA, digital device, telemedicina, 5G, ecc.), occorre avere ben chiaro quali sono i modelli assistenziali e quale dovrà essere il ruolo dei sanitari.

In un'ottica post pandemica emergeranno sempre di più le cronicità, le polipatologie e, pertanto, occorrerà rimodulare l'offerta sanitaria ma, al tempo stesso, la stessa dovrà essere in grado di affrontare le nuove sfide tecnologiche in un contesto dove i principali attori, i sanitari, hanno una età media piuttosto elevata. Da qui lo sviluppo di competenze digitali, tecniche e professionali».

**Rita Romitelli**

«Il patrimonio sanitario edilizio italiano è vetusto e nel tempo è stato sottoposto ad interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria non sempre effettuati nelle condizioni ottimali.

Dalla ricognizione fatta risulta che vi è necessità di 32 miliardi di euro solo per adeguare le strutture esistenti. Per cui l'esperienza del PNRR rappresenta un'occasione unica che potrebbe consentire ad una parte del patrimonio di potersi ammodernare tecnologicamente e di rendersi più concorrenziale anche rispetto ai semplici standard normativi».

**Silvestro Scotti**

«Quando si parla di riforma territoriale bisognerebbe parlare di unità minime multiprofessionali, che non possono coincidere con le Case della comunità, di dimensione troppo elevate.

«Il rischio delle case di comunità, che si prevede serviranno ampie fette della popolazione e copriranno distanze abbastanza ampie, è che incentivino la concentrazione dell'assistenza territoriale in un modello che sembra molto simile all'ospedale, piuttosto che creare modelli di assistenza innovativi».

Servono: nodi più piccoli, una rete più fitta, un rapporto formativo più significativo anche di interconnessione fra i vari

professionisti che si muovono sulle dinamiche territoriali, anche prevedendo obiettivi contrattualmente più simili».

**Costantino Troise** «Obiettivo primario deve essere il recupero della frammentazione fra cure primarie e assistenza ospedaliera. Anche culturalmente occorre recuperare un gap culturale fra mondi che in molti casi hanno agito in maniera completamente separati.

Bisogna costruire un modello organizzativo che determini le modalità di collegamento fra i nodi dell'assistenza territoriale, nonché puntare ad un rafforzamento del personale che consenta di garantire una capacità di intervento effettiva ed adeguata».

«Ci vorrebbe un finanziamento dedicato e aggiuntivo per il sud, finalizzato a colmare le disuguaglianze di salute che caratterizzano il nostro Sistema-Paese».

«Concepire edifici ospedalieri con spazi flessibili e percorsi differenziati, anche prevedendo una ridondanza dell'offerta sia di spazi che di personale, che consenta di affrontare eventuali altre pandemie e crisi stagionali».

---

**Il parere di  
FIMMG**

Considerando che «il patrimonio vero» del Servizio Sanitario è costituito dai professionisti e dai loro livelli di organizzazione e, solo a seguire, dalle strutture dove essi operano, viene evidenziato che:

- L'enfasi eccessiva sul ruolo della struttura tende a riproporre sul territorio la logica «ospedaliera» che spinge inevitabilmente verso l'accentramento dei servizi, in controtendenza verso un mondo orientato a renderli sempre più «a portata di mano» del cittadino.
- Le strutture destinate all'assistenza territoriale appartengono prevalentemente al privato accreditato (dal 60,4% della specialistica ambulatoriale all'82,5% delle strutture dedicate all'assistenza territoriale residenziale) e non al pubblico.

- Tali strutture sono di gran lunga più presenti nei grandi agglomerati urbani piuttosto che nei piccoli centri, che vengono penalizzati anche quando rappresentano complessivamente numerosità più elevate di popolazione residente.

**Le sfide dell'assistenza territoriale e della gestione della cronicità impongono invece modelli funzionali/organizzativi integrati e «leggeri»** che, previo un serio investimento sulle risorse umane e la definizione dei processi professionali, avvii un vero sviluppo dell'assistenza territoriale in cui devono **costituire domini di riferimento:**

- **la domiciliarità;**
- **la prossimità;**
- **la digitalizzazione;**
- **i network;**
- **le integrazioni professionali;**
- **l'empowerment degli utenti.**

Il rischio che va evitato, in particolare, è quello di immaginare modelli territoriali «neo-ospedalocentrici» in cui «la struttura» diventi la monade nella ridefinizione di un intero sistema assistenziale.



❖ **Le principali evidenze**

- Ospedali e strutture territoriali flessibili**
- Efficienti dal punto di vista energetico
  - Con ampie dotazioni (elettriche, informatiche, di gas, ecc.) per la gestione dei picchi di domanda
  - Capaci di garantire la gestione dei percorsi e la segregazione dei flussi
  - Di nuova concezione degli spazi di connessione e delle relazioni fra aree funzionali.

**Centralità Medici di Medicina Generale** Permane la centralità dell'attività dei Medici di Medicina Generale, per la profilazione epidemiologica e demografica dei pazienti assistiti (anziani e cronici). L'emergenza COVID ha rafforzato anche i rapporti fra medici di medicina generale e assistiti delle fasce di età più giovani.  
Reti territoriali e interfaccia attraverso le nuove tecnologie.

**Presidi di cure intermedie (case della salute/ospedali di comunità)** Molti presidi sono vecchie strutture o vecchi piccoli ospedali dismessi che sono stati riconvertiti...nel nome ma non nelle dotazioni strutturali e nei servizi offerti

- RSA, nuovi aspetti essenziali**
- Strutture strategicamente e funzionalmente integrate con l'assistenza territoriale dei medici di base del SSN e la rete ospedaliera
  - Strutture completamente rimodulate (piano unico, ampie vetrate fino a terra, spazi comuni più ampi, stanze singole, ecc.) e allontanamento dal modello ospedaliero
  - Maggiore diffusione di soluzioni abitative protette e assistite

**❖ Cosa si intende per ....****CASE DELLA  
COMUNITA'  
(def. Piano  
Nazionale di  
Ripresa e  
Resilienza)**

Strutture sociosanitarie deputate a costituire un punto di riferimento continuativo per la popolazione, garantendo:

- le politiche di prevenzione e di promozione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento;
- il coordinamento di tutti i servizi offerti ai malati cronici.

E' previsto che al suo interno siano presenti:

- punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari);
- servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziane e fragili;
- servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari (Consultori).

Il personale sarà costituito da team multidisciplinari di professionisti della salute (MMG, PLS, medici specialistici e infermieri di comunità identificati come la figura chiave della struttura), e assistenti sociali.

**OSPEDALI DI  
COMUNITA' (def.  
Piano Nazionale  
di Ripresa e  
Resilienza)**

Strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tali strutture, **di norma dotate di 20 posti letto** (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuiscono ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche.

Gli ospedali di comunità potranno anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

**RSA (Residenze  
Sanitarie  
Assistenziali)  
(Def. D.P.R.  
14/01/1997):**

Presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili al domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera modulato sulla base del modello assistenziale adottate dalle regioni e province autonome. Con una capacità recettiva **non inferiore a 20 e non superiore, in via eccezionale, a 120 posti**, le RSA devono utilizzare un modello organizzativo che, anche attraverso l'integrazione con i servizi territoriali delle Unità sanitarie locali, garantisca:


- valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare;
- raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della R.S.A.;
- coinvolgimento della famiglia dell'ospite;
- personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.

**❖ Questionario di approfondimento: la ricerca degli ambiti ad alto potenziale**

Per giungere ad un inquadramento definito degli ambiti a più alto potenziale nello sviluppo del sistema sanitario del prossimo futuro, è stato somministrato al panel di esperti un questionario semi-strutturato di 6 domande:

1. In quale ambito il Servizio Sanitario Nazionale del prossimo futuro giocherà le sue principali sfide?
2. Quali sono le sfide più rilevanti?
3. Quali gli obiettivi prioritari da perseguire ?
4. Su quali strutture funzionali all'assistenza sanitaria occorre intervenire in maniera prioritaria? Quali strumenti e tecnologie potenziare o implementare?
5. Quali azioni servirebbero per migliorare la qualità del servizio offerto dal personale del sistema sanitario?
6. Quali benefici e parametri occorrerebbe prendere in considerazione per misurare l'efficacia degli interventi indicati come prioritari?

❖ **PNRR missione salute: contesto di sviluppo**

AMBITI E SFIDE	OBIETTIVI
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ridurre le disparità territoriali nell'erogazione dei servizi</li> <li>✓ Offrire ai pazienti percorsi chiari e coordinati tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali anche tramite una migliore infrastrutturazione digitale</li> <li>✓ Garantire l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza fornita dal SSN tramite operatori adeguatamente formati e sempre aggiornati</li> </ul>

**Strutture**

1. Ospedali di Comunità
2. Case della Comunità
3. RSA
4. Ospedali Hub
5. Ambulatori dei MMG
6. Nuovi modelli di residenzialità per anziani
7. Abitazioni delle persone non autosufficienti

**Strumenti e tecnologie**

1. Tecnologie digitali
2. Telemedicina
3. Innovazione e ricerca

**Capitale umano**

1. Incremento del personale Infermieristico
2. Sviluppo di competenze digitali
3. Incremento del personale medico

Le indicazioni del network medico per guardare oltre il Covid-19, imparando anche dall'emergenza, e il piano finale in strutture sanitarie di prossimità stimato – come dettagliato nel prosieguo, in 8,2 miliardi di euro, con i relativi e quantificati benefici sociali, economici e ambientali, intendono costituire un punto di partenza per “fare” la nostra parte nell’attesa rivoluzione sanitaria e un primo passo per “uscirne insieme”.

# **CAPITOLO 3 – PATRIMONIO SANITARIO: LA MAPPATURA DELLE CONSISTENZE**

## DATI E CONSISTENZE DELLE STRUTTURE SANITARIE

### Riqualificazione delle strutture sanitarie

Le sfide e le priorità indicate dai Key Opinion Leader e presentate nel Capitolo 2 hanno consentito di costituire il **framework di riferimento per poter inquadrare le attività di analisi tecnica sulla mappatura del patrimonio di strutture sanitarie esistente**, approfondita nel presente capitolo grazie all'analisi dei database del Dipartimento del Tesoro e del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Il Capitolo 3 assume dunque una funzione propedeutica alla definizione degli **interventi in funzione del fabbisogno indicato nel PNRR e del fabbisogno reale stimato in funzione di precisi parametri e dei conseguenti investimenti in edilizia sanitaria** sviluppati nel Capitolo 4.

Il **patrimonio immobiliare pubblico non residenziale** (in particolare afferente all'edilizia sanitaria) costituisce un **formidabile bacino di valore** (trascurato e inattuato) per rilanciare nel breve termine investimenti pubblico-privati con il duplice obiettivo di stimolare l'economia ed attuare azioni di miglioramento per il settore.

La **mappatura del patrimonio** rappresenta un passaggio essenziale per stimare gli investimenti legati alle attività di riqualificazione delle strutture e l'impatto sull'economia.

A tal fine, il team di lavoro ha effettuato una **ricognizione delle strutture sanitarie attraverso i dati forniti dal Ministero della Salute e dal Dipartimento del Tesoro, con l'obiettivo di enucleare le principali caratteristiche del patrimonio immobiliare sanitario.**

**Numerosità delle strutture sanitarie**<sup>1</sup> Le pagine seguenti si pongono l'obiettivo di fornire una fotografia delle consistenze che riguardano il settore sanitario. A tal fine si riportano:

1. I dati del Ministero della Salute (2018) che danno conto del numero delle strutture pubbliche e private accreditate presenti sul territorio nazionale;
2. Le consistenze relative al patrimonio immobiliare del settore sanitario detenuto a qualunque titolo dalla Pubblica Amministrazione Locale, censito dal Dipartimento del Tesoro nell'ambito Progetto "Patrimonio della PA" (2017), sulla base delle indicazioni fornite dalla PA.

#### Lo schema di analisi



<sup>1</sup> Anche se tale strumento informativo non risulta esaustivo, permette di fornire utili indicazioni ai fini della presente indagine sulle principali caratteristiche del patrimonio.



## L'ANALISI SUI DATI DEL MINISTERO DELLA SALUTE

**Le strutture  
sanitarie oggi  
in Italia**

Le strutture sanitarie presenti in Italia sono **27.211**:

- **995** ospedali
- **26.216** afferenti all'assistenza territoriale.

La **componente pubblica rappresenta il 41,9%** del totale ed assume il valore massimo nelle strutture di assistenza territoriale, come i centri distrettuali, centri di dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori familiari.

Assistenza	Natura delle strutture SANITARIE				Totale
	Pubbliche	%	Private accreditate	%	
<b>Assistenza ospedaliera</b>	515	51,8%	480	48,2%	995
<b>Assistenza territoriale</b>					
Assistenza specialistica ambulatoriale	3.488	39,6%	5.313	60,4%	8.801
Assistenza territoriale residenziale	1.314	17,5%	6.198	82,5%	7.512
Assistenza territoriale semiresidenziale	946	30,1%	2.199	69,9%	3.145
Altra assistenza territoriale (centri di dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori familiari, centri distrettuali, ecc.)	4.882	87,0%	731	13,0%	5.613
Assistenza riabilitativa (ex art. 26) (forniscono prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare)	258	22,5%	887	77,5%	1.145
<b>TOTALE</b>	<b>11.403</b>	<b>41,9%</b>	<b>15.808</b>	<b>58,1%</b>	<b>27.211</b>

Fonte: elaborazione Nomisma su dati Ministero della Salute 2018

## ❖ Ripartizione geografica delle Strutture pubbliche e private accreditate

**Il 20% delle regioni detiene il 50% delle strutture**

Il 50% delle strutture sanitarie, sia pubbliche che private accreditate, è concentrato nelle Top 5 regioni:

- ✓ Lombardia
- ✓ Emilia Romagna
- ✓ Sicilia
- ✓ Campania
- ✓ Veneto

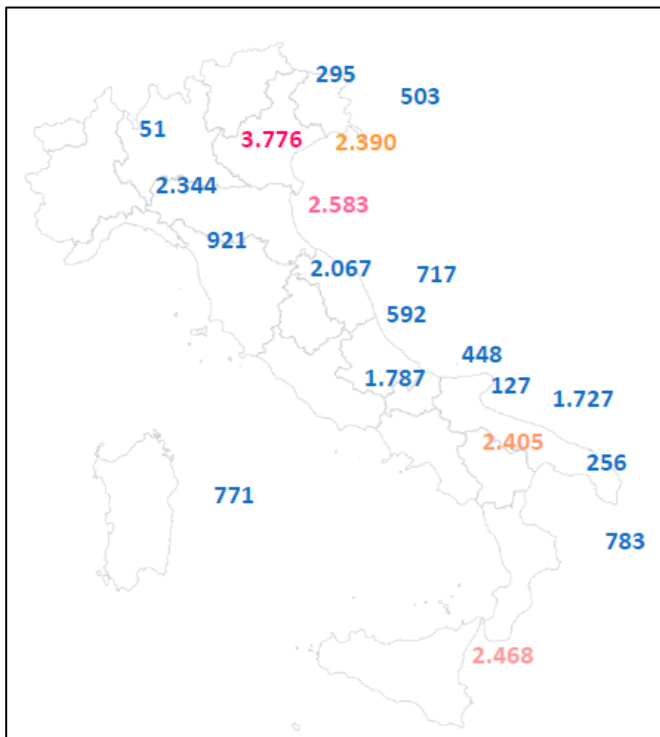
### Strutture totali

**Strutture totali 27.211**

Di cui:

- ✓ **11.403** Pubbliche (42%)
- ✓ **15.808** Private accreditate (58%)

### Ripartizione geografica delle Strutture



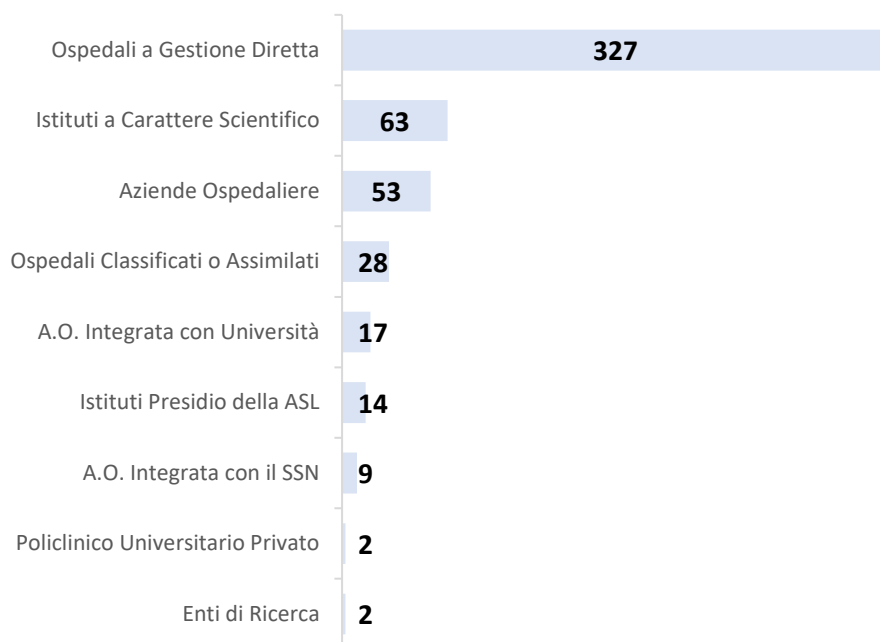
### Top 5 - Regioni con maggior numero di Strutture

	Numerosità	% sul totale
<b>LOMBARDIA</b>	<b>3.776</b>	<b>14%</b>
<b>EMILIA ROMAGNA</b>	<b>2.583</b>	<b>9%</b>
<b>SICILIA</b>	<b>2.468</b>	<b>9%</b>
<b>CAMPANIA</b>	<b>2.405</b>	<b>9%</b>
<b>VENETO</b>	<b>2.390</b>	<b>9%</b>

❖ **Tipologia di Strutture pubbliche con assistenza ospedaliera**

**515 Strutture pubbliche con assistenza ospedaliera**

Considerando i **515 ospedali pubblici** dislocati nel territorio nazionale, il 63% è gestito direttamente a fronte di un **12% che comprende istituti a carattere scientifico** e un **10% di Aziende ospedaliere**.



## L'ANALISI SUI DATI DEL DIPARTIMENTO DEL TESORO

### ❖ Beni immobili delle Amministrazioni Pubbliche

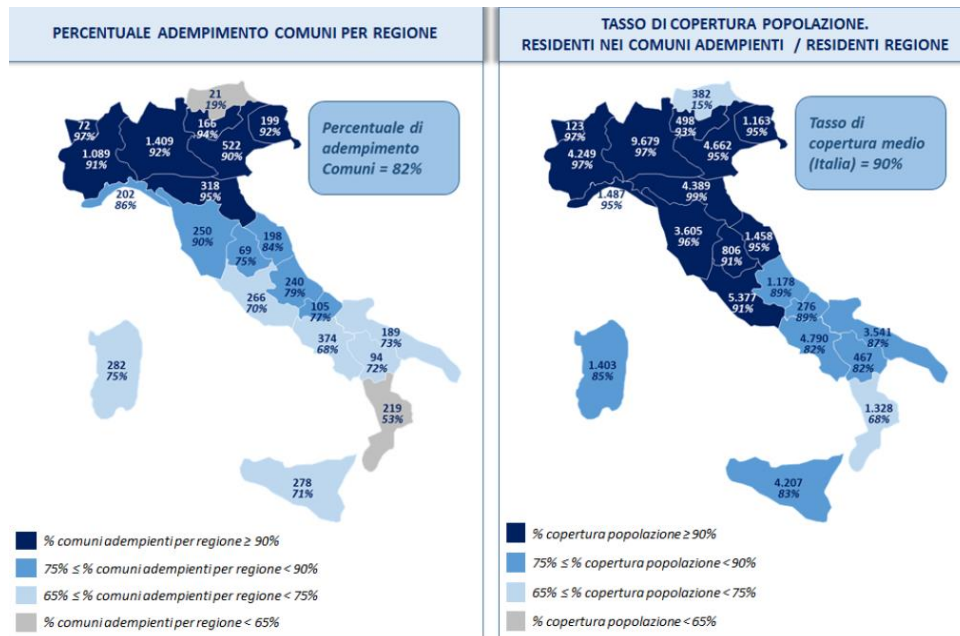
#### Overview – censiti l'82% dei comuni

I dati relativi al patrimonio non residenziale fanno riferimento alla ricognizione del Dipartimento del Tesoro relativa agli immobili pubblici detenuti - a qualunque titolo - dalle Amministrazioni Pubbliche nel 2017.

I risultati evidenziano che i comuni oggetto di indagine - pari all'82% circa del totale - comprendono il 91% della popolazione italiana.

Il dettaglio regionale mostra che:

- ✓ la percentuale di copertura della popolazione registrata nelle regioni del Nord e del Centro Italia, fatta eccezione per la Provincia Autonoma di Bolzano, è superiore al 90%;
- ✓ nelle regioni del Sud, ad esclusione della Regione Calabria, è compresa tra l'82% e l'89%.



**Unità immobiliari<sup>2</sup> pubbliche** La ricognizione del Dipartimento del Tesoro permette di rilevare le principali caratteristiche delle **unità immobiliari pubbliche**, in relazione all'anagrafe, alla proprietà, all'utilizzo e alle principali caratteristiche immobiliari a livello territoriale.

**Informazioni**

**disponibili:  
fabbricati a livello di  
unità catastale**

**Dati anagrafici:**

- stato di accatastamento (accatastato, non accatastato, procedura in corso)
- identificativo del bene (coordinate catastali o codice del bene attribuito dall'amministrazione al bene non accatastato)
- localizzazione (indirizzo)

**Proprietà e utilizzo:**

- amministrazione proprietaria (Comune, Provincia, Regione, Amministrazione Centrale, ecc.)
- utilizzo (es. diretto, dato in uso a terzi a titolo oneroso o a titolo gratuito, non utilizzato, ecc.)
- finalità di utilizzo (es. attività amministrativa, edilizia residenziale pubblica, ecc.)
- Natura giuridica (disponibile/indisponibile)

**Caratteristiche immobiliari:**

- tipologia immobiliare (es. scuola, ospedale, caserma, ecc.)
- dimensione (superficie e/o cubatura)
- epoca di costruzione
- presenza di vincolo culturale/paesaggistico
- valore di bilancio (se l'amministrazione è proprietaria)
- valore di mercato (se disponibile e, in caso affermativo, indicazione dell'anno di stima)
- denominazione del bene
- presenza di ipoteca

<sup>2</sup> Per **unità immobiliare** si intende un fabbricato o sua porzione che presenta, secondo le norme catastali, autonomia funzionale e potenzialità reddituale. Pertanto le unità immobiliari e il numero delle strutture (database Ministero della Salute) non sono confrontabili.

## ❖ I grandi numeri dei Beni immobiliari «sanitari» di proprietà pubblica

**21.055 unità  
immobiliari  
pubbliche**

A partire dal database del Dipartimento del Tesoro, il perimetro dell'analisi è stato definito considerando le unità immobiliari che hanno una finalità socio sanitaria (18.220 e 42,4 ml di mq). Sono state poi aggiunte le unità immobiliari che rispondono alla tipologia «Ospedale» e hanno una finalità non definita (2.835 e 11,4 ml di mq).

L'aggregato totale corrisponde a **21.055 unità immobiliari e 53,8 ml di mq** a livello nazionale.

Nella tabella seguente sono rappresentate le numerosità per tipologia di immobile.

Costruzione del perimetro				
	Servizi assistenza socio-sanitaria (residenziali)	Servizi assistenza socio-sanitaria (Non residenziali)	Servizi assistenza socio-sanitaria (Totale)	Altra Finalità (Altro o non Definita) con tipologia «ospedale»
Numerosità beni immobiliari	<b>8.140</b>	<b>10.080</b>	<b>18.220</b>	<b>2.835</b>
Superficie beni immobiliari in metri quadrati (MLN)	<b>21,6</b>	<b>20,8</b>	<b>42,4</b>	<b>11,4</b>

Fonte: elaborazione Nomisma su dati MEF 2017 - Dipartimento del Tesoro

## ❖ Tipologia Amministrazione proprietaria

### 79% delle strutture di proprietà di enti locali del servizio socio sanitario

Le unità immobiliari oggetto di analisi sono state poi articolate per tipologia di amministrazione proprietaria.

Considerando la tipologia di amministrazione proprietaria, il 79% delle strutture socio sanitarie comprese nel perimetro sono di proprietà degli Enti locali del Servizio Sanitario, a cui si aggiunge un 11% di proprietà dei Comuni.

Le Aziende di Servizi alla Persona detengono circa il 5% del patrimonio immobiliare.

	Servizi assistenza socio-sanitaria (residenziali)		Servizi assistenza socio-sanitaria (non residenziali)		Altra Finalità (altro o non definita) con tipologia «ospedale»		Totale	
	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %
Altre Amministrazioni Locali	0,50	2%	0,20	1%	0,03	0%	0,73	1%
Aziende di Servizi alla Persona	2,12	10%	0,25	1%	0,07	1%	2,43	5%
Città Metropolitane e Province	0,06	0%	0,02	0%	0,06	1%	0,14	0%
Comuni e unioni di Comuni	3,00	14%	1,98	9%	1,08	9%	6,06	11%
Enti locali del Servizio Sanitario	15,67	73%	18,10	87%	8,94	78%	42,71	79%
Regioni	0,01	0%	0,03	0%	0,27	2%	0,31	1%
Università	0,22	1%	0,24	1%	0,96	8%	1,42	3%
<b>Totale complessivo</b>	<b>21,6</b>	<b>100%</b>	<b>20,8</b>	<b>100%</b>	<b>11,4</b>	<b>100%</b>	<b>53,8</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaborazione Nomisma su dati MEF 2017 - Dipartimento del Tesoro

## ❖ Macro Fascia di popolazione del Comune

### Grandi città: 34% delle strutture sanitarie

Le strutture socio sanitarie del perimetro sono localizzate prevalentemente nei comuni di medie dimensioni (33%) e nei grandi comuni (34%).

Nei comuni di piccole dimensioni risiedono l'11% delle strutture. Tale ripartizione è stata quindi posta a confronto con la distribuzione della popolazione residente. È emerso che in parte tale ripartizione riflette la distribuzione della popolazione residente, sebbene ci sia una sovra-dotazione di strutture nelle grandi città rispetto ai piccoli comuni.

Nelle grandi città infatti si trova il 34% delle strutture sanitarie (in termini di mq) rispetto al 24% della popolazione.

Classi Comuni	Servizi assistenza socio-sanitaria (residenziali)		Servizi assistenza socio-sanitaria (non residenziali)		Altra Finalità (altro o non definita) con tipologia «ospedale»		Totale		Popolazione residente	
	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %	MLN	%
Fino a 1.000	0,2	1%	0,1	1%	0,8	1%	0,4	1%	1,06	2%
Da 1.001 a 5.000	1,7	8%	1,4	7%	0,6	5%	3,8	7%	8,72	15%
Da 5.001 a 10.000	2,0	10%	1,7	8%	0,7	6%	4,5	8%	8,33	14%
da 10.001 a 50.000	7,8	36%	6,4	31%	3,5	31%	17,7	33%	21,10	35%
da 50.001 a 100.000	3,3	15%	3,6	17%	1,9	17%	8,8	16%	6,89	11%
Oltre 100.000	6,4	30%	7,5	36%	4,6	41%	18,5	34%	14,12	24%
<b>Totale complessivo</b>	<b>21,6</b>	<b>100%</b>	<b>20,8</b>	<b>100%</b>	<b>11,4</b>	<b>100%</b>	<b>53,8</b>	<b>100%</b>	<b>60,24</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaborazione Nomisma su dati MEF 2017 - Dipartimento del Tesoro



## ❖ Utilizzo del bene immobile

**84% delle strutture utilizzate direttamente**

Considerando l'utilizzo del bene immobile, **l'84% delle strutture socio sanitarie analizzate sono utilizzate dalle Amministrazioni Pubbliche in modo diretto** (84% in termini di mq), a fronte di un altro 11% dato in gestione a soggetti pubblici e privati. In particolare il 6% delle strutture (in termini di mq) viene dato in uso alle strutture private.

I dati del Dipartimento del Tesoro permettono inoltre di enucleare la quota di **strutture inutilizzabili e non utilizzate** che rappresenta il **4% del nostro campione**.

**84% a gestione diretta, 11% pubblica e privata**

	Totale (Servizi assistenziali e Altra finalità tipologia ospedale)	
	Mq MLN	Mq %
Utilizzato direttamente	45,3	84%
Dato in uso a privato	3,2	6%
Dato in uso a pubblico	2,9	5%
Inutilizzabile	0,5	1%
Non utilizzato	1,6	3%
In ristrutturazione/ manutenzione	0,3	0%
<b>Totale complessivo</b>	<b>53,8</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaborazione Nomisma su dati MEF 2017 - Dipartimento del Tesoro

## ❖ L'Epoca di costruzione del bene immobile

**4 strutture su 10 costruite tra il '46 e l'80** Relativamente all'epoca di costruzione, il 38% delle strutture socio sanitarie analizzate risalgono al '46-'80, unitamente ad un altro 31% costruito prima del '45.

**31% delle strutture costruite prima del '45** Il valore del costruito in termini di mq è stato rilevante nel primo decennio del 2000 (10%), per poi diminuire nell'ultimo decennio per effetto delle minori opere pubbliche (4%).

**4 strutture su 10 costruite tra il '46 e l'80** Relativamente all'epoca di costruzione, il 38% delle strutture socio sanitarie analizzate risalgono al '46-'80, unitamente ad un altro 31% costruito prima del '45.

**31% delle strutture costruite prima del '45** Il valore del costruito in termini di mq è stato rilevante nel primo decennio del 2000 (10%), per poi diminuire nell'ultimo decennio per effetto delle minori opere pubbliche (4%).

Le risultanze evidenziano pertanto una considerevole vetustà degli immobili pubblici socio sanitari, con evidenti necessità di riqualificazione.

	Servizi assistenza socio-sanitaria (residenziali)		Servizi assistenza socio-sanitaria (non residenziali)		Altra Finalità (Altro o non Definita) con tipologia «ospedale»		Totale	
	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %
Prima del 1945	5,9	27%	6,6	32%	4,4	38%	16,9	31%
Dal 1946 al 1980	8,3	38%	8,1	39%	3,9	34%	20,3	38%
Dal 1981 al 1990	1,4	7%	1,0	5%	0,7	6%	3,1	6%
Dal 1991 al 2000	2,2	10%	1,1	6%	0,7	6%	4,0	7%
Dal 2001 al 2010	2,3	11%	1,8	8%	1,4	13%	5,5	10%
Dopo il 2010	0,8	4%	0,9	4%	0,3	2%	2,0	4%
Non disponibile	0,7	3%	1,3	6%	0,1	1%	2,1	4%
<b>Totale complessivo</b>	<b>21,6</b>	<b>100%</b>	<b>20,8</b>	<b>100%</b>	<b>11,4</b>	<b>100%</b>	<b>53,8</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaborazione Nomisma su dati MEF 2017 - Dipartimento del Tesoro

## ❖ Epoca di costruzione e distribuzione geografica dell'amministrazione

### 4% delle strutture costruite dopo il 2010

Ordinando le Regioni per quota di strutture costruite negli ultimi 20 anni, ossia dal 2000 ad oggi, emerge che **le prime 5 regioni per quota di costruito negli ultimi 20 anni sono l'Umbria, la Toscana, la Calabria, l'Emilia Romagna e il Trentino Alto Adige**. Al contrario le Regioni che presentano una minore quota di strutture costruite negli ultimi 20 anni sono l'Abruzzo, il Molise, la Basilicata, la Puglia e la Valle d'Aosta.

**Nel complesso, a livello nazionale, si rileva una minor percentuale di costruito negli ultimi dieci anni, che rappresenta il 4% del totale (in termini di mq), fatta eccezione di regioni come la Toscana che hanno utilizzato la finanza di progetto per sostenere gli investimenti pubblici.**

	Prima del 1945		Dal 1946 al 1980		Dal 1981 al 1990		Dal 1991 al 2000		Dal 2001 al 2010		Dopo il 2010		Totale	
	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %
Abruzzo	0,20	17%	0,73	61%	0,07	6%	0,15	13%	0,02	1%	0,01	1%	1,19	100%
Basilicata	0,03	6%	0,25	53%	0,15	32%	0,02	5%	0,01	1%	0,01	2%	0,47	100%
Calabria	0,09	6%	0,76	56%	0,04	3%	0,15	11%	0,30	22%	0,01	0%	1,35	100%
Campania	0,59	21%	1,28	46%	0,38	13%	0,24	9%	0,04	1%	0,11	4%	2,80	100%
Emilia-Romagna	2,00	38%	1,57	30%	0,23	4%	0,43	8%	0,87	16%	0,11	2%	5,30	100%
Friuli-Venezia Giulia	0,31	15%	1,20	61%	0,16	8%	0,13	7%	0,11	6%	0,04	2%	1,98	100%
Lazio	1,20	45%	0,84	31%	0,13	5%	0,03	1%	0,33	12%	0,02	1%	2,67	100%
Liguria	0,70	53%	0,38	28%	0,07	5%	0,05	4%	0,08	6%	0,01	1%	1,33	100%
Lombardia	3,04	34%	3,35	37%	0,26	3%	0,67	7%	0,95	11%	0,43	5%	9,01	100%
Marche	0,47	35%	0,69	52%	0,05	4%	0,05	4%	0,08	6%	0,00	0%	1,33	100%
Molise	0,02	6%	0,12	45%	0,09	33%	0,03	12%	0,01	2%	0,00	2%	0,27	100%
Piemonte	2,04	47%	1,19	28%	0,12	3%	0,22	5%	0,51	12%	0,16	4%	4,32	100%
Puglia	1,06	40%	0,83	31%	0,22	8%	0,42	16%	0,08	3%	0,06	2%	2,68	100%
Sardegna	0,82	35%	0,86	36%	0,18	7%	0,16	7%	0,24	10%	0,03	1%	2,39	100%
Sicilia	1,02	24%	1,87	45%	0,28	7%	0,25	6%	0,36	9%	0,02	1%	4,18	100%
Toscana	1,18	31%	1,11	29%	0,07	2%	0,37	10%	0,46	12%	0,57	15%	3,82	100%
Trentino Alto Adige	0,22	14%	0,31	20%	0,03	2%	0,06	4%	0,20	13%	0,05	4%	1,51	100%
Umbria	0,13	15%	0,20	23%	0,01	1%	0,15	17%	0,33	37%	0,06	7%	0,88	100%
Valle d'Aosta	0,06	32%	0,05	25%	0,04	19%	0,01	8%	0,01	6%	0,00	1%	0,19	100%
Veneto	1,66	27%	2,69	44%	0,52	9%	0,36	6%	0,49	8%	0,30	5%	6,11	100%
<b>Totale</b>	<b>16,85</b>	<b>31%</b>	<b>20,27</b>	<b>38%</b>	<b>3,09</b>	<b>6%</b>	<b>3,99</b>	<b>7%</b>	<b>5,48</b>	<b>10%</b>	<b>2,02</b>	<b>4%</b>	<b>53,80</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaborazione Nomisma su dati MEF 2017 - Dipartimento del Tesoro

## ❖ Utilizzo vs Epoca di costruzione

Incrociando le informazioni che provengono dall'utilizzo delle strutture e l'epoca di costruzione, si rileva una quota di patrimonio non utilizzato del 7% nella classe di costruito prima del '45.

	Prima del 1945		Dal 1946 al 1980		Dal 1981 al 1990		Dal 1991 al 2000		Dal 2001 al 2010		Dopo il 2010		ND	Totale		
	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq %	Mq MLN	Mq MLN	Mq %	
In uso	15,52	93%	19,56	97%	3,02	98%	3,92	98%	5,43	99%	2,00	99%	1,95	51,4	96%	
Inutilizzabile	0,31	2%	0,11	1%	0,04	1%	0,00	0%	0,00	0%	-	0%	0,04	0,5	1%	
Non utilizzato	0,90	5%	0,48	2%	0,02	1%	0,06	1%	0,05	1%	0,02	1%	0,07	1,6	3%	
In ristrutturazione/ manutenzione	0,12	1%	0,11	1%	0,01	0%	0,00	0%	0,00	0%	0,01	0%	0,05	0,3	1%	
<b>TOTALE</b>	<b>16,85</b>	<b>100%</b>	<b>20,27</b>	<b>100%</b>	<b>3,09</b>	<b>100%</b>	<b>3,99</b>	<b>100%</b>	<b>5,48</b>	<b>100%</b>	<b>2,02</b>	<b>100%</b>	<b>2,1</b>	<b>53,80</b>	<b>100%</b>	

Fonte: elaborazione Nomisma su dati MEF 2017 - Dipartimento del Tesoro

## LE STRUTTURE INUTILIZZATE

### ❖ Macro area geografica

**2 milioni di mq di strutture inutilizzate**

In questa sezione si propone un **approfondimento sulle strutture socio sanitarie inutilizzate detenute dalla Pubblica Amministrazione** rilevabili dalla ricognizione del Dipartimento del Tesoro.

Sebbene la stima di tali immobili sia parziale, si ritiene utile evidenziarne i principali risultati per declinare le caratteristiche rilevanti.

**Si tratta di strutture socio sanitarie che nel complesso rappresentano 2 milioni di mq, secondo le indicazioni fornite dalla pubblica amministrazione.**

**Il Nord-Ovest l'area con maggior strutture dismesse**

La distribuzione per macro area geografica evidenzia una **presenza piuttosto significativa di strutture dismesse nell'area del Nord-Ovest, pari al 36% della superficie**. Dal confronto della distribuzione delle strutture inutilizzate con quelle complessive, si rileva uno sbilanciamento delle strutture inutilizzate verso l'area del nord ovest, addebitabile prevalentemente alla regione Lombardia.

	Unità immobiliari		Superficie lorda (mq)		Dimensione media (mq)	TUTTE LE STRUTTURE SANITARIE Sup. lorda (mq)
	Numero	(%)	Numero	(%)	Numero	(%)
<b>Macro area geografica</b>						
Nord-ovest	209	26%	729.268	36%	3.489	28%
Nord-est	148	18%	378.148	19%	2.555	28%
Centro	150	19%	383.680	19%	2.558	16%
Sud	125	16%	339.701	17%	2.718	16%
Isole	172	21%	196.484	10%	1.142	12%
<b>Totale complessivo</b>	<b>804</b>	<b>100%</b>	<b>2.027.282</b>	<b>100%</b>	<b>2.521</b>	<b>100%</b>
<b>Classe demografica del Comune di appartenenza<sup>(1)</sup></b>						
Fino a 1.000 ab.	53	7%	30.427	2%	574	1%
Da 1.001 a 5.000 ab.	168	21%	161.333	8%	960	7%
Da 5.001 a 10.000 ab.	99	12%	157.762	8%	1.594	8%
Da 10.001 a 50.000 ab.	274	34%	903.718	45%	3.298	33%
Da 50.001 a 100.000 ab.	129	16%	494.554	24%	3.834	16%
Oltre 100.000 ab.	81	10%	279.487	14%	3.450	34%
<b>Totale complessivo</b>	<b>804</b>	<b>100%</b>	<b>2.027.282</b>	<b>100%</b>	<b>2.521</b>	<b>100%</b>
<b>Epoca di costruzione<sup>(2)</sup></b>						
Prima del 1945	331	41%	1.215.748	60%	3.673	31%
Dal 1946 al 1980	353	44%	598.075	30%	1.694	38%
Dal 1981 al 2000	85	11%	117.953	6%	1.388	13%
Dopo il 2000	30	4%	68.960	3%	2.299	14%
Non disponibile	5	1%	26.546	1%	5.309	4%
<b>Totale complessivo</b>	<b>804</b>	<b>100%</b>	<b>2.027.282</b>	<b>100%</b>	<b>2.521</b>	<b>100%</b>

<sup>(1)</sup> L'analisi della distribuzione delle strutture dismesse per classe demografica dei comuni evidenzia una concentrazione di tali strutture nei comuni medi, ossia nella classe tra 10mila e 50mila abitanti (pari al 45% delle strutture sanitarie), associata ad un 24% nei comuni tra 50mila e 100mila abitanti.

<sup>(2)</sup> Analizzando l'epoca di costruzione, emerge un parco immobiliare vetusto, che vanta una quota di edifici costruiti prima del 1990 molto rilevante. Restringendo il campo alle strutture inutilizzate questa tendenza diventa più evidente: il 60% delle strutture si riferisce alle strutture costruite prima del 1945 e un altro 30% nel periodo tra il '46 e il 1980.

Fonte: elaborazione Nomisma su dati MEF 2017 - Dipartimento del Tesoro

# **CAPITOLO 4 - GLI INTERVENTI E IL PIANO DI INVESTIMENTI COLLEGATI**

## LE STRUTTURE INTERESSATE DAGLI INTERVENTI

### 3 tipologie di strutture sulle quali intervenire

Il piano di investimenti ipotizzato nel presente lavoro prende in considerazione 3 tipologie di strutture sanitarie:

1. **Ospedali di Comunità;**
2. **Case della Comunità;**
3. **Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).**

### Il fabbisogno standard per ciascuna delle 3 tipologie di strutture

Per definire numero e consistenza delle strutture interessate dagli interventi di costruzione/riqualificazione si è partiti **dall'analisi della situazione attuale**, vale a dire dalle strutture già operanti sul territorio nazionale – presentate nel capitolo precedente - , per poi calcolare, per ciascuna tipologia di struttura, il **fabbisogno standard** e, quindi, **il numero di strutture di cui ci sarebbe bisogno per rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale.**

### Dal PNRR al fabbisogno standard

Successivamente, è stato analizzato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per ricavare **il numero di strutture interessate dagli investimenti ipotizzati nel Piano.**

L'ultimo step è consistito nel **definire il numero aggiuntivo di strutture da attivare al di fuori del PNRR per raggiungere il fabbisogno standard definito precedentemente.**





## LA SITUAZIONE ATTUALE E IL FABBISOGNO STANDARD

### ❖ Ospedali di Comunità

**La situazione attuale: 163 strutture** Attualmente in Italia sono attivi **163 Ospedali di Comunità**, che mettono a disposizione 3.163 posti letto concentrati prevalentemente in Veneto (1.426), Marche (616), Lombardia (467) ed Emilia Romagna (359).

**FABBISOGNO: 1 ospedale di comunità ogni 50 mila abitanti** Il parametro di fabbisogno standard è pari a **1 struttura ogni 50.000 abitanti, cui corrispondono 1.205 Ospedali di Comunità**. Per raggiungere il fabbisogno standard è necessario prevedere l'attivazione di **1.042 Ospedali di Comunità, per un totale di 20.840 posti letto** (ipotizzando 20 posti letto per struttura).

### ❖ Case della Comunità

**La situazione attuale: 489 strutture** Attualmente in Italia sono attive **489 Case della Comunità**: la Regione che ne ha di più è l'Emilia Romagna (124), seguono il Veneto (77), la Toscana (76) e il Piemonte (71). Nessuna struttura di questa tipologia è presente in Lombardia.

**FABBISOGNO: 1 casa della comunità ogni 20 mila abitanti** Per un'assistenza adeguata occorre avere una **Casa della Comunità ogni 20.000 abitanti**, il che significa disporre di **3.010 strutture su tutto il territorio nazionale** (nel caso di un'assistenza ancor più capillare, il parametro di riferimento è una struttura ogni 15.000 abitanti, pari a un totale di 4.013 Case della Comunità). Per raggiungere il fabbisogno standard è **necessario attivare 2.521 Case della Comunità**.

## ❖ Residenze per anziani (RSA)

### La situazione

attuale:

**14,6 posti letto ogni  
1.000 anziani**

Attualmente in Italia è presente un'offerta di Residenze Sanitarie Assistenziali pari a **14,6 posti letto ogni 1.000 anziani residenti** (popolazione con 65 anni o più).

### FABBISOGNO:

**10 posti letto ogni  
1.000 anziani**

Esiste **una forte sproporzione tra il Nord e il Sud del Paese** in termini di offerta: la Provincia Autonoma di Bolzano dispone di 42,6 posti letto ogni 1.000 anziani, il Veneto 28,4 p.l., l'Emilia-Romagna 15,7 p.l., il Lazio 5,9 p.l., la Campania 1,4 p.l., il Molise 0,8 p.l., la Valle d'Aosta non possiede alcuna struttura.

### L'obiettivo è

**attivare 527 nuove  
strutture in 11  
regioni**

Nella griglia di valutazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il Ministero della Salute ha fissato un **parametro minimo di 10 posti letto ogni 1.000 anziani**, sotto al quale si posizionano ben 11 Regioni.

Per raggiungere tale parametro-obiettivo è **pertanto necessario attivare 527 strutture, per un numero complessivo di 36.890 posti letto**, sotto l'ipotesi di realizzare 70 posti letto in ciascuna struttura.

Numero di posti per assistenza agli anziani di 65 anni o più in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti (dati regionali)

Regione	2016	2017	2018
Piemonte	26,06	27,04	27,70
Valle D'Aosta	0,34	-	-
Lombardia	26,64	26,78	25,94
P.A. Bolzano	38,03	43,02	42,62
P.A. Trento	40,20	40,02	39,26
Veneto	28,00	27,71	28,36
Friuli Venezia Giulia	24,32	24,97	24,87
Liguria	14,49	14,61	14,65
Emilia-Romagna	15,75	15,57	15,65
Toscana	12,46	13,38	14,05
Umbria	10,32	10,46	9,78
Marche	12,02	14,15	14,92
Lazio	5,44	5,98	5,90
Abruzzo	5,70	5,60	5,85
Molise	0,57	0,81	0,80
Campania	1,37	1,38	1,36
Puglia	5,03	5,16	5,29
Basilicata	1,38	1,98	1,30
Calabria	5,62	5,91	5,74
Sicilia	1,47	1,41	1,40
Sardegna	2,17	2,21	2,80

I livelli Essenziali di Assistenza (LEA) indicano un «valore normale» di offerta pari ad almeno 10 posti letto per 1.000 anziani residenti.

**Ad oggi 11 regioni sono al di sotto di questa soglia.**

## GLI INVESTIMENTI PREVISTI NEL PNRR

### ❖ Ospedali di Comunità

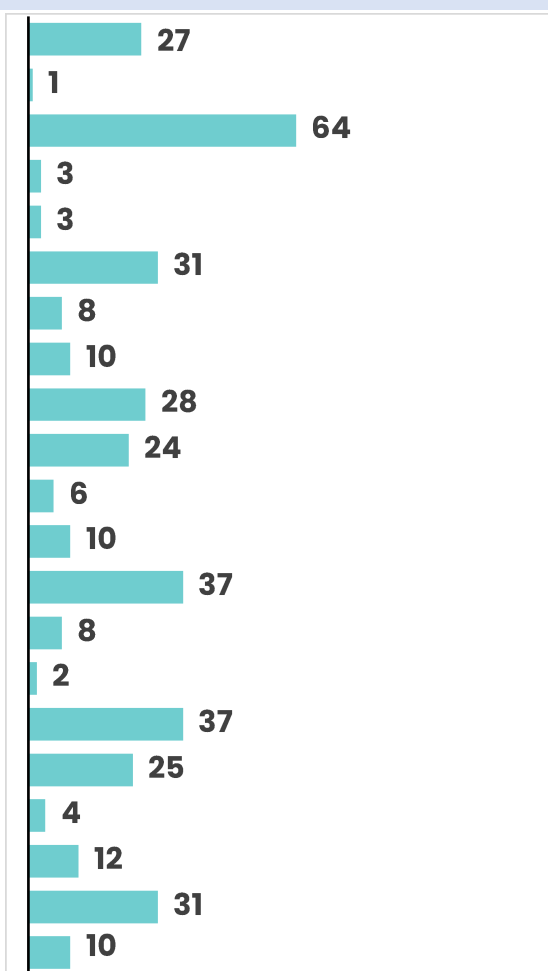
#### FABBISOGNO STANDARD:

1.205 strutture

(1 ogni 50.000 abitanti)

#### Ospedali di Comunità previsti nel PNRR per Regione

Piemonte	87
Valle d'Aosta	3
Lombardia	202
PA Bolzano	11
PA Trento	11
Veneto	98
Friuli-Venezia Giulia	24
Liguria	31
Emilia-Romagna	89
Toscana	74
Umbria	18
Marche	30
Lazio	117
Abruzzo	26
Molise	6
Campania	116
Puglia	80
Basilicata	11
Calabria	38
Sicilia	99
Sardegna	33



**381**

gli ospedali di comunità da attivare, pari a 7.630 posti letto

**1 miliardo di €**

l'investimento previsto

Fonte: Agenas

## ❖ Case della Comunità

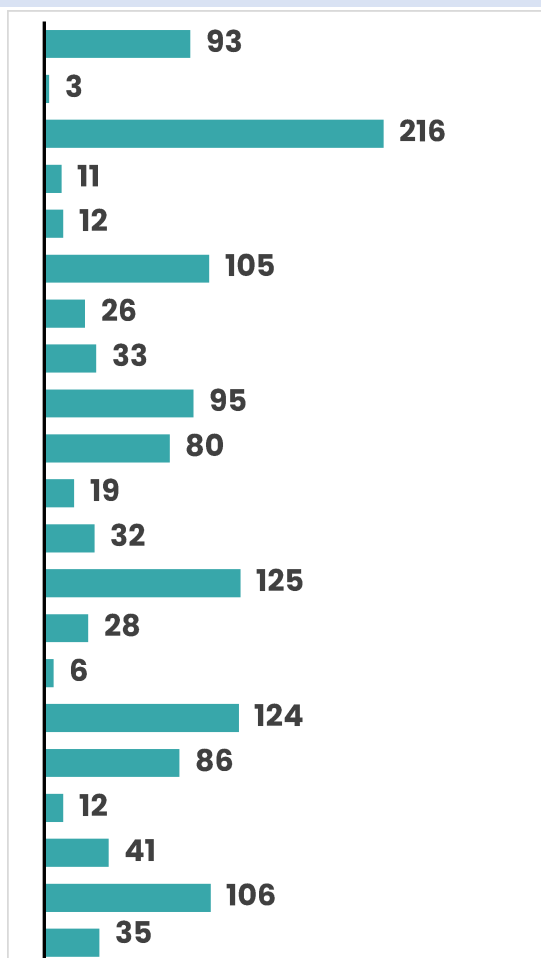
### FABBISOGNO STANDARD:

3.010 strutture

(1 ogni 20.000 abitanti)

Piemonte	217
Valle d'Aosta	6
Lombardia	505
PA Bolzano	27
PA Trento	27
Veneto	245
Friuli-Venezia Giulia	61
Liguria	77
Emilia-Romagna	223
Toscana	186
Umbria	44
Marche	76
Lazio	293
Abruzzo	65
Molise	15
Campania	289
Puglia	200
Basilicata	28
Calabria	96
Sicilia	248
Sardegna	82

### Case della Comunità previste nel PNRR per Regione



**1.288**

le case di comunità da attivare

**2 miliardi di €**  
l'investimento previsto

Fonte: Agenas

## ❖ Residenze per anziani (RSA)

**307,5 milioni di €**  
l'investimento previsto

Nel capitolo 6.3 del PNRR («Sanità e politiche sociali») è previsto un intervento rivolto agli anziani non autosufficienti finalizzato alla riconversione delle RSA in gruppi di appartamenti dotati dei servizi necessari alla permanenza in sicurezza degli anziani.

## GLI INTERVENTI COMPLESSIVI

### ❖ Ospedali di Comunità

**L'obiettivo è  
attivare**

**1.042 Ospedali  
di comunità**

Si è visto che attualmente in Italia sono attivi 163 Ospedali di Comunità.

Con i fondi del PNRR se ne potranno realizzare 381 per 7.620 posti letto.

Per raggiungere il fabbisogno standard (1 struttura ogni 50.000 abitanti, pari a 1.205 strutture) è necessario prevedere **l'attivazione di ulteriori 661 Ospedali di Comunità**, pari a 13.220 posti letto (ipotizzando 20 posti letto per struttura).

**L'intervento complessivo riguarda dunque 1.042 Ospedali di Comunità, per un totale di 20.840 posti letto.**

### ❖ Case della Comunità

**L'obiettivo è  
attivare**

**2.521 Case  
della Comunità**

Attualmente in Italia sono attive 489 Case della Comunità.

Il fabbisogno standard prevede una Casa della Comunità ogni 20.000 abitanti, il che significa disporre di 3.010 strutture su tutto il territorio nazionale (nel caso di un'assistenza ancor più capillare, il parametro di riferimento è una struttura ogni 15.000 abitanti, pari a un totale di 4.013 Case della Comunità). Con i fondi del Recovery Fund ne saranno aperte 1.288 entro il 2026.

**Per raggiungere il fabbisogno standard, pertanto, è necessario attivare ulteriori 1.233 strutture** oltre a quelle previste nel PNRR (nell'ipotesi più stringente, il numero sale a 2.236).

L'intervento ipotizzato nel presente lavoro interessa dunque un **numero complessivo di 2.521 Case della Comunità** (3.524 nell'ipotesi di elevata capillarità).

## ❖ Residenze per anziani (RSA)

L'obiettivo è  
attivare 527 RSA  
in 11 regioni

Attualmente in Italia è presente un'offerta di Residenze Sanitarie Assistenziali pari a 14,6 posti letto ogni 1.000 anziani residenti (popolazione con 65 anni o più).

Nella griglia di valutazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il Ministero della Salute ha fissato un parametro minimo di 10 posti letto ogni 1.000 anziani, sotto al quale si posizionano ben 11 Regioni.

**Per raggiungere tale parametro-obiettivo è pertanto necessario attivare 527 strutture, per un numero complessivo di 36.890 posti letto, sotto l'ipotesi di realizzare 70 posti letto in ciascuna struttura.**

### Numero di strutture e posti letto da attivare per Regione

Regione	Strutture	Posti letto
Campania	139	9.730
Sicilia	131	9.170
Lazio	77	5.390
Puglia	62	4.340
Sardegna	42	2.940
Calabria	26	1.820
Abruzzo	19	1.330
Basilicata	16	1.120
Molise	10	700
Valle d'Aosta	4	280
Umbria	1	70
<b>TOTALE</b>	<b>527</b>	<b>36.890</b>

## GLI INVESTIMENTI STIMATI

### ❖ Gli economics per ciascuna tipologia di struttura

**Nel PNRR sono previsti 3,3 miliardi di euro**

Nel PNRR è previsto **uno stanziamento di 1 miliardo di Euro per la realizzazione di 381 Ospedali di Comunità e di 2 miliardi per 1.288 Case della Comunità, oltre a 308 milioni di euro da destinare al segmento delle residenze per anziani**. Gli importi sono comprensivi delle spese per gli impianti tecnologici. Per l'attivazione di **ulteriori 661 Ospedali di Comunità** si necessita di **1,3 miliardi di Euro aggiuntivi**, per un investimento complessivo pari a 2,3 miliardi di euro (e una consistenza di quasi 1,2 milioni di mq) per questa tipologia di strutture.

**1,4 miliardi di euro aggiuntivi per attivare altre 1.233 Case della Comunità**

**Per attivare altre 1.233 Case della Comunità si ipotizza un investimento di 1,4 miliardi di euro che, sommato all'ammontare di 2 miliardi previsto nel PNRR, fa ottenere un valore complessivo di 3,4 miliardi di Euro** (su circa 2 milioni di mq).

Tale investimento salirebbe a 4,4 miliardi di euro nell'ipotesi in cui si volesse raggiungere il numero di 4.013 Case della Comunità per disporre di un'elevata capillarità sul territorio nazionale.

**2,6 miliardi di euro aggiuntivi per attivare le 527 RSA**

**Per la realizzazione delle 527 RSA che consentono di colmare il gap evidenziato tra Regioni è necessario investire 2,6 miliardi di euro, di cui 308 milioni** (come già ricordato) già previsti nel PNRR, per una superficie di 2,2 milioni di mq.

**Per raggiungere il fabbisogno standard sono necessari ulteriori 4,9 miliardi di euro.**

## ❖ Gli economics complessivi

**L'investimento complessivo è pari a 8,2 miliardi di euro** Nel complesso, il piano di investimenti ipotizzato nel presente lavoro prevede di impiegare **8,2 miliardi di Euro** intervenendo su **3.563 strutture**, corrispondenti ad una superficie di circa **5,4 milioni di mq.**

**L'obiettivo è ricorrere il più possibile al patrimonio immobiliare dismesso**

**L'intento è di intervenire quanto più possibile sul patrimonio pubblico dismesso, attraverso il riuso degli immobili esistenti**, in linea con l'orientamento del PNRR.

**A tale riguardo, si è ipotizzato di intervenire sul 23% della superficie con interventi di nuova costruzione (oppure demolizione e ricostruzione), mentre per il restante 77% con interventi di riqualificazione.** Le percentuali sono state dedotte dalla banca dati del MEF sul patrimonio immobiliare pubblico, considerando rispettivamente la quota di strutture sanitarie dismesse definite "inutilizzabili" (che necessitano quindi di essere demolite e ricostruite) e la quota di strutture definite "inutilizzate" (che necessitano invece di interventi di riqualificazione). Infatti, anche se la banca dati del MEF risulta parziale in termini di consistenze, rappresentando un campione significativo di strutture inutilizzate, è plausibile ipotizzare che tali percentuali possano essere estese al nostro perimetro di analisi.

In sintesi:

- **8,2 miliardi di investimento complessivi;**
- **5,4 milioni di mq la superficie interessata.**



❖ Una fotografia

- ✓ Gli investimenti ammontano a 8,2 miliardi di euro per interventi su una superficie di 5,4 milioni di mq.
- ✓ Ove possibile, si interviene sulle strutture sanitarie dismesse mediante interventi di riqualificazione del patrimonio immobiliare disponibile.
- ✓ Per tal motivo gli investimenti sulle strutture aggiuntive al PNRR sono stati stimati come interventi di riqualificazione (77% dei casi) e di nuova costruzione (oppure demolizione e ricostruzione) nel 23% dei casi.

	STRUTTURE (Numero)			SUPERFICIE (Milioni di mq)			INVESTIMENTI (Miliardi di Euro)		
	PNRR	Aggiun- tive	Totale	PNRR	Aggiun- tive	Totale	PNRR	Aggiun- tive	Totale
Ospedali di Comunità	381	661	1.042	0,434	0,754	1,188	1,000	1,294	2,294
Case della Comunità	1.288	1.233	2.521	1,030	0,986	2,017	2,000	1,356	3,356
RSA	n.d.	527	527	n.d.	2,215	2,215	0,308	2,257	2,564
<b>TOTALE</b>	<b>1.669</b>	<b>1.894</b>	<b>3.563</b>	<b>1,465</b>	<b>1,740</b>	<b>5,420</b>	<b>3,308</b>	<b>4,907</b>	<b>8,214</b>

# **CAPITOLO 5 - GLI IMPATTI ECONOMICI**

## PNRR MISSIONE SALUTE

### ❖ L'oltre Covid del patrimonio sanitario

L'emergenza sanitaria ha amplificato una situazione di instabilità

**L'emergenza sanitaria indotta dal Covid-19 non ha fatto che esasperare la situazione di instabilità in cui a livello macro-economico si trova l'Italia.**

Essa ha comportato uno shock d'offerta senza precedenti in tempi di pace, richiedendo la chiusura temporanea di interi settori dell'economia. Ma ad essa si è accompagnato uno shock di domanda ancor più forte, dovuta alla perdita di reddito di lavoratori e imprenditori coinvolti nelle chiusure, agli effetti a catena lungo le filiere produttive che hanno coinvolto anche le attività non direttamente interessate dai provvedimenti di shutdown e alle ripercussioni tra categorie di spesa fortemente complementari.

L'emergenza sanitaria ha amplificato il gap territoriale sanitario

**Lo shock sanitario ha evidenziato la fragilità del sistema centrale, sebbene fondamentale e con un ruolo cruciale riconosciuto da tutte le istituzioni e dai cittadini durante il picco dell'emergenza.** Proprio per evitare un eccessivo sovraccarico sul sistema centrale è bene accelerare e colmare i gap, così come indicato dal PNRR, sull'assistenza sanitaria territoriale, ovvero **quelle prestazioni preventive, mediche, infermieristiche, palliative, riabilitative e sociali a favore degli assistiti dell'Azienda Sanitaria.**

Occorre investire per essere territoriali

Un'azione di questo tipo, così come descritta nei capitoli precedenti, in termini di realizzazione del fabbisogno standard, si configura come lo strumento principale di politica macroeconomica per la mobilitazione di investimenti che possono portare **a importanti benefici economici – duplici, sia in fase di sviluppo delle costruzioni che a regime (a costruzioni ultimate agendo su facilities), ma anche sociali ed ambientali.**

## I BENEFICI ECONOMICI IN FASE DI SVILUPPO

### ❖ L'impatto economico con le tavole I/O

**Strumento conoscitivo** La logica alla base – Il modello mette in evidenza i legami di interdipendenza che esistono tra operatori (produttivi e finali). Ogni settore attivato direttamente ne attiva altri, si attiva un effetto propulsivo noto come effetto indiretto.

**Logica «da chi a chi»** Questa maggiore produzione (effetto diretto + indiretto) remunera, a sua volta, i fattori produttivi con redditi che si trasformano in ulteriore spesa finale che rimette in moto la produzione con un effetto moltiplicativo di tipo indotto. Tale effetto indotto, sommato all'attivazione diretta ed indiretta, determina l'effetto moltiplicativo complessivo.

**L'effetto complessivo deriva da una azione propulsiva** L'investimento di nuova costruzione e riqualificazione delle strutture immobiliari attuato su:

1. **Ospedali di comunità;**
2. **Case della comunità;**
3. **RSA.**

è stimato in **7,4 miliardi di euro** complessivi, al netto del costo della tecnologia prevista – così come dettagliato nel capitolo precedente - e genera un **impatto economico complessivo di 25,7 miliardi di euro ed un moltiplicatore di ogni euro investito pari a 3,5<sup>3</sup>**.

Tale investimento attiva produzione sia nel settore delle costruzioni, sia nei settori ad esso connessi, tra i quali tutti i settori che riguardano i servizi sanitari e le facilities (per un approfondimento si rimanda alla successiva sezione «I benefici economici a regime»).

<sup>3</sup> Nota: dal punto di vista metodologico, si è seguita la procedura presentata nel Manuale Eurostat (2008), considerando il settore delle famiglie (e la relativa spesa per consumi) come una attività endogena al sistema.

**Se agissimo su parametri più stringenti per le case di comunità l'impatto complessivo salirebbe di 3,3 miliardi**

**Se l'investimento** di nuova costruzione e riqualificazione attuato su, **Ospedali di comunità (2,0 miliardi)**, Case della comunità (2,8 miliardi) e RSA (2,6 miliardi), e stimato in **7,4 miliardi di euro complessivi**, fosse attuato su parametri più stringenti in relazione alle case della comunità – così come precedentemente approfondito, si incrementerebbe l'investimento complessivo.

**Nel caso di un'assistenza ancor più capillare, il parametro di riferimento è una struttura ogni 15.000 abitanti, pari a un totale di 4.013 Case della Comunità.** Tale situazione porterebbe **da 2,8 a 3,8 miliardi di euro** l'investimento per queste tipologie di strutture.

**L'impatto complessivo** (diretto, indiretto e indotto) **salirebbe dunque da 25,7 a 29,0 miliardi di euro.**

## ❖ Gli investimenti stimati e gli impatti economici

### Input

➤ **7,4 Miliardi €<sup>4</sup>**

Investimento in opere per nuove costruzioni e riqualificazioni di strutture immobiliari su tre tipologie di strutture:

1. Ospedali di Comunità
2. Case della Comunità
3. RSA

### Output

**17,1 Miliardi €**

L'impatto diretto ed indiretto sulla produzione

+

**8,6 Miliardi €**

L'impatto indotto sull'economia

=

**25,7 Miliardi €**

Impatto moltiplicativo complessivo con un effetto moltiplicatore pari a 3,5. Per ogni euro investito si attivano 3,5 euro.

### L'analisi di dettaglio degli impatti economici sugli investimenti immobiliari

Tipologia di interventi	Investimento (miliardi €)	Impatto diretto (miliardi €)	Impatto indotto (miliardi €)
1. Ospedali di Comunità	2,0	4,6	2,3
2. Case della Comunità	2,8	6,5	3,3
3. RSA	2,6	5,9	3,0

<sup>4</sup> L'investimento utilizzato per calcolare gli impatti economici è stato ottenuto depurando gli 8,2 miliardi di € definiti in precedenza dalle spese destinate alle apparecchiature tecnologiche, dal momento che la metodologia di calcolo si basa sull'utilizzo delle tavole input-output e sull'impatto derivante da un investimento nel settore delle costruzioni.

## I BENEFICI ECONOMICI A REGIME

All'effetto di **beneficio economico in fase di sviluppo**, così come descritto nel paragrafo precedente, si deve aggiungere un ulteriore **beneficio economico a regime** che attiva la produzione **nei settori dei servizi sanitari e delle facilities**. Si genera così un **effetto propulsivo che vede a regime un beneficio complessivo di 708 milioni di euro**. Tale ricaduta comprende le seguenti facilities:

- pulizie;
- vigilanza;
- mensa;
- lavanderia;
- manutenzioni.

### ❖ L'impatto sui servizi: Ospedali di Comunità

**1.042 Ospedali di Comunità** Relativamente agli Ospedali di comunità, considerando un'ipotesi di **1.042 strutture** a livello nazionale (con una media di 20 posti letto) l'investimento ipotizzato genera una ricaduta per i servizi di circa **160 milioni di euro**<sup>5</sup>.

### ❖ L'impatto sui servizi: Case di Comunità

**2.521 Case di Comunità** Relativamente alle Case di comunità, considerando un'ipotesi di **2.521** strutture a livello nazionale, l'investimento ipotizzato genera una ricaduta per i servizi di circa **193 milioni di euro**<sup>6</sup>.

### ❖ L'impatto sui servizi: RSA

**527 RSA** Relativamente alle RSA, considerando un'ipotesi di **527** strutture a livello nazionale (con una media di 70 posti letto per struttura), l'investimento ipotizzato genera una ricaduta per i servizi di circa **355 milioni di euro**<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> Nota: la stima è proporzionata al numero di strutture aggiuntive indicate e tiene conto di un'assistenza 24h -365 giorni l'anno. L'incidenza dei servizi si mantiene intorno al 30% del fatturato totale, a cui deve essere aggiunto un 37% imputabile ai costi del personale sanitario.

<sup>6</sup> Nota: la stima è proporzionata al numero di strutture aggiuntive indicate L'incidenza dei servizi si mantiene intorno al 15% del ricavi generabili se fosse una struttura privata.

<sup>7</sup> Nota: la stima è proporzionata al numero di strutture aggiuntive indicate e tiene conto di un'assistenza 24h -365 giorni l'anno. L'incidenza dei servizi si mantiene intorno al 30% del fatturato totale come indicato nel report AUSER «RSA in Italia» 2012.

## IL RUOLO DEL PARTENARIATO PUBBLICO PRIVATO

### ❖ Il finanziamento degli investimenti

#### Il ruolo a volte dimenticato del PPP

Il PPP è una procedura disciplinata dall'art. 183 comma 15 del DLgs 50/2016 attraverso cui la Pubblica Amministrazione ricorre al supporto di soggetti privati per il finanziamento e la gestione di infrastrutture di interesse pubblico.

Nel caso di interventi di riqualificazione edilizia del patrimonio pubblico, tale strumento prevede che il soggetto privato si assuma il rischio dell'investimento, che sarà ripagato dalla gestione dei servizi connessi agli interventi svolti.

#### Cresce l'interesse attorno ad uno strumento in grado di incrementare l'efficienza

Il crescente interesse che risiede attorno a tale strumento trova conferma nell'Osservatorio nazionale del PPP 2018 che dà conto di un aumento significativo di tale procedura, passando dalle 330 iniziative nel 2002 a circa 3.800 nel 2018, con un'incidenza sull'importo totale delle opere pubbliche del 29,4% (2018).

**Gli importi, sebbene con un trend annuale altalenante condizionato da grandi progetti, hanno segnato tra il 2012 e il 2018 una significativa crescita, con un picco eccezionale nel 2018 di oltre 9,4 miliardi di euro.**

#### La risposta per il mantenimento della funzionalità

Conferme riguardo al consolidamento della crescita del PPP arrivano anche dai risultati del 2019, gli importi messi in gara nei primi 10 mesi dell'anno sono pari a 12,8 miliardi.

La riduzione di risorse pubbliche in questi anni di crisi – caratterizzati da una flessione degli investimenti pubblici di 13 miliardi di euro tra il 2008 e il 2016 - ha incentivato il ricorso al PPP da parte della Pubblica Amministrazione, soprattutto locale, come risposta al miglioramento e al mantenimento della funzionalità delle infrastrutture e dei servizi sul territorio e come strumento di rilancio degli investimenti.



**Una procedura a cui il livello territoriale fa già ricorso** Sebbene il PPP sia caratterizzato ancora da inadeguatezze dal punto di vista progettuale, l'impegno nel PPP sembra aver migliorato anche l'efficacia nella promozione e nella gestione di questi partenariati, tanto che il rapporto percentuale tra i procedimenti interrotti e i procedimenti attivati si è ridotto nel corso del periodo analizzato (2002-2017), passando dal 27% del 2002 al 9% del 2018.

Dal punto di vista contrattuale, la concessione di servizi rappresenta in assoluto la procedura alla quale i comuni hanno fatto maggiormente ricorso.

**Una pratica usata anche in ambito sanitario, che potrebbe valorizzare la gestione delle RSA** Si ritiene quindi che il PPP possa rappresentare una misura efficace, anche in questo momento di crisi economica, in grado di attivare un processo di ripresa degli investimenti privati e di contribuire a quel programma di ammodernamento del patrimonio immobiliare, estremamente necessario e urgente, come emerge dalla lettura dei dati sul patrimonio immobiliare proposti in questo rapporto.

**Mercato PPP – Numero di aggiudicazioni per settore di intervento, somma 2002-2018**

<b>Settore</b>	<b>Numero aggiudicazioni (%)</b>	<b>Importo aggiudicazioni (%)</b>
Edilizia sociale e pubblica	17%	6%
Edilizia sanitaria	4%	9%
Edilizia scolastica	5%	2%
Impianti sportivi	17%	4%
Energia e telecomunicazioni	18%	20%
Trasporti	2%	33%
Ambiente	2%	14%
Parcheggi	7%	3%
Strutture cimiteriali	7%	3%
Strutture ricettive	3%	1%
Arredo urbano e verde pubblico	12%	1%
Altro	6%	4%

## INVESTIMENTI IN STRUTTURE SOCIO SANITARIE: IL RUOLO DEL PRIVATO

### Strutture socio sanitarie: aumento delle dotazioni e innovazione dei modelli

La fotografia emersa in questo studio ha messo in evidenza, attraverso dati ed evidenze di esperti, la necessità di rafforzare la “sanità territoriale” per migliorare le attuali condizioni socio sanitarie e colmare i divari ancora esistenti tra le diverse aree del paese.

**L’aumento della dotazione di strutture socio sanitarie in tutto il territorio nazionale può rappresentare una strada percorribile, come indicato nei precedenti capitoli, a partire da un significativo processo di riqualificazione delle strutture dismesse o esistenti, associato ad un ripensamento dei modelli di assistenza tradizionale, con il fine di avvicinarsi agli standard presenti nel Nord Europa.**

In questo ambito, il **soggetto privato**, che si compone di **società profit e del privato sociale**, risulta quanto mai rilevante, **nell’ottica di una collaborazione con il soggetto pubblico**, sia nel processo di **co-progettazione e sviluppo dell’intervento immobiliare** che **nell’attività di gestione delle stesse strutture**.

### Opportunità di investimento nelle RSA

**Il ripensamento di un nuovo modello residenziale per anziani, più vicino agli standard europei, può rappresentare un elemento centrale nel processo di miglioramento della sanità territoriale, anche alla luce delle proiezioni demografiche che evidenziano un progressivo invecchiamento della popolazione, con evidenti ripercussioni sulla tenuta del sistema socio sanitario di riferimento. È necessario, pertanto, superare il vecchio modello di strutture per anziani che sovente si è diffuso nel nostro Paese, poco rispettoso della dignità della persona, e proporre nuove soluzioni più vicine alle esigenze dell’individuo, con il privato sociale che deve fornire un contributo determinante in questa direzione.**

Nei prossimi anni, pertanto, gli investimenti nella realizzazione di nuove RSA – stimati all’incirca in **5 miliardi di euro** se si considera il raggiungimento del fabbisogno standard, come

spiegato nel capitolo 4 - rappresenteranno rilevanti priorità di intervento in ambito socio sanitario.

### **Il ruolo del privato nelle RSA**

In questo quadro, il **sogetto privato, quindi, potrà assumere un ruolo centrale nella realizzazione di investimenti di strutture sanitarie e residenziali per anziani, non solo attraverso l'apporto finanziario** – mediante l'attivazione di strumenti di PPP o project financing - **ma anche attraverso la condivisione di competenze specialistiche e tecnologie all'avanguardia, al fine di contribuire all'implementazione di nuovi modelli/forme di assistenza.**

In quest'ottica risulterà essenziale la ricerca di economie di scala e di dimensioni ottimali tali da portare la redditività su livelli remunerativi per l'immobile ma anche per l'attività di gestione delle stesse strutture.

### **Uno sguardo sugli Ambulatori dei medici di medicina generale**

Come emerso durante la fase di ascolto, per potenziare la sanità territoriale è stata evidenziata anche l'opportunità - nei comuni di medie e grandi dimensioni - di ipotizzare **un nuovo modello di Ambulatori di medicina generale in grado di aggregare all'interno di uno stesso complesso immobiliare più "medici di famiglia"**, con il duplice obiettivo di razionalizzare le strutture esistenti e di innescare un processo di innovazione degli Ambulatori di medicina generale da un punto di vista strutturale. I medici di base, infatti, lavorano in regime convenzionale per il Sistema Sanitario Nazionale, nel senso che devono provvedere autonomamente a trovare sia una struttura sia il personale e i macchinari di cui hanno bisogno per espletare la propria attività.

Tale percorso potrebbe essere realizzato attraverso la riqualificazione e la rifunzionalizzazione di strutture socio sanitarie dismesse. Anche in questo caso **l'apporto del privato** potrebbe essere rilevante, **sia nella fase di sviluppo**, per mettere a disposizione strutture moderne e più funzionali al lavoro dei medici di medicina generale, **sia durante la gestione**, attraverso l'offerta di servizi amministrativi e tecnologici necessari all'espletamento delle attività mediche.

# **CAPITOLO 6 - GLI IMPATTI SOCIALI E SANITARI**

La Missione 6 “Salute” mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l’efficacia nel rispondere ai **bisogni di cura delle persone**, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell’emergenza pandemica.

La strategia pianificata vuole rafforzare la prevenzione e l’assistenza sul territorio e **l’integrazione fra servizi sanitari e sociali, garantire equità di accesso alle cure e nell’erogazione delle prestazioni, ammodernare la dotazione delle strutture del SSN in termini di qualità del capitale umano e formazione, risorse digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche, promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario.**

Guardando alle **reti di prossimità**, è possibile identificare benefici sociali, sanitari ed economici, non solo nel senso di attivazione dei settori macroeconomici dell’economia – così come descritto nel Capitolo 5 – ma direttamente collegabili ad un incremento dell’efficienza dell’azione degli operatori sanitari nelle nuove strutture che saranno messe a disposizione della comunità.

#### ❖ **I benefici sociali, sanitari ed economici degli investimenti in capitale umano**

- ✓ Aumento **occupazione**, incremento **reddito familiare**, aumento **consumi interni**,
- ✓ Aumento **prestazioni ospedaliere e ambulatoriali erogate**
- ✓ **Migliore coesione sociale**
- ✓ **Riduzione dei tempi di attesa** per le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali
- ✓ Incremento del **tempo relazionale fra medico e paziente**
- ✓ Aumento del **benessere organizzativo**, miglioramento del clima lavorativo e del commitment alla professione
- ✓ Miglioramento della **qualità degli outcome**
- ✓ Aumento della **qualità percepita da parte dei pazienti**

## ❖ I benefici sociali dell'aumento del tempo relazionale fra medico e paziente

- ✓ Il **patient engagement** è un processo connesso ai fattori psico-sociali, relazionali e organizzativi che **favoriscono l'abilità della persona assistita nel diventare più attiva, consapevole e partecipativa** nella gestione del percorso di cura e, per alcuni aspetti, rappresenta un ulteriore passo rispetto all'empowerment del paziente perché prevede anche una fase di attivazione.

### Vecchiato (2010)

*“La sensazione diffusa è che le persone siano spesso trattate come numeri, pezzi intercambiabili, e che la relazione venga sacrificata in nome dell'efficienza e dell'ottimizzazione dei costi”.  
“solo un rapporto di partnership tra medico e paziente, ricco di relazione e di informazioni chiare e complete, può costruire quel clima di fiducia che permette al malato di passare dalla dipendenza alla collaborazione, dall'obbedienza alla responsabilità. Per questo è necessario che i medici prescrivano “informazioni” oltre che ricette: perché quando un paziente prende una decisione in seguito ad un'informazione chiara, completa, dettagliata e convincente, generalmente gli esiti sono migliori e i costi più bassi”.*

## ❖ I benefici sociali ed economici degli investimenti in strutture

### Ospedali di Comunità

- ✓ Riduzione del carico di pazienti in fase post acuta presenti negli ospedali per acuti e garanzia di una dimissione precoce e sicura
- ✓ Riduzione dei ricoveri ospedalieri ripetuti
- ✓ Riduzione dei ricoveri inappropriati e dei tempi di degenza
- ✓ Decremento dei costi ospedalieri, dovuti a ricoveri ripetuti, impropri e prolungati

**Case della  
Comunità**

- ✓ Riduzione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso<sup>8</sup>
- ✓ Riduzione dei ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale
- ✓ Potenziamento della presa in carico dei pazienti cronici/compleksi
- ✓ Incremento delle prestazioni specialistiche, di laboratorio, diagnostiche, di screening
- ✓ Aumento dell'empowerment del paziente

**Case della Comunità e Case della Salute**

Pur non essendo stati ancora esplicitati i requisiti strutturali e organizzativi, la Case della Comunità, così come identificate nel PNRR (si veda Capitolo 2 del presente documento) richiamano evidentemente le Case della Salute di nota concezione sia in termini di obiettivi che di servizi offerti e multidisciplinarietà delle professionalità messe a disposizione, includendo in aggiunta l'offerta di risposte ad esigenze socio-sanitarie. Nello sviluppo della presente sezione di analisi, sembra quindi ragionevole fare riferimento a quest'ultima tipologia di strutture per una mappatura dell'attuale livello di offerta e una valutazione dell'impatto dei servizi sullo stato di salute della popolazione assistita e sul ricorso inappropriato all'ospedalizzazione.

**RSA**

- ✓ Aumento del comfort dei servizi di residenza
- ✓ Riduzione dei trasferimenti non pianificati in strutture per acuti
- ✓ Riduzione dei ricoveri permanenti a favore di ricoveri transitori
- ✓ Maggiore integrazione verso il territorio e apertura verso le relazioni di prossimità
- ✓ Potenziamento dei servizi per le cure intermedie.

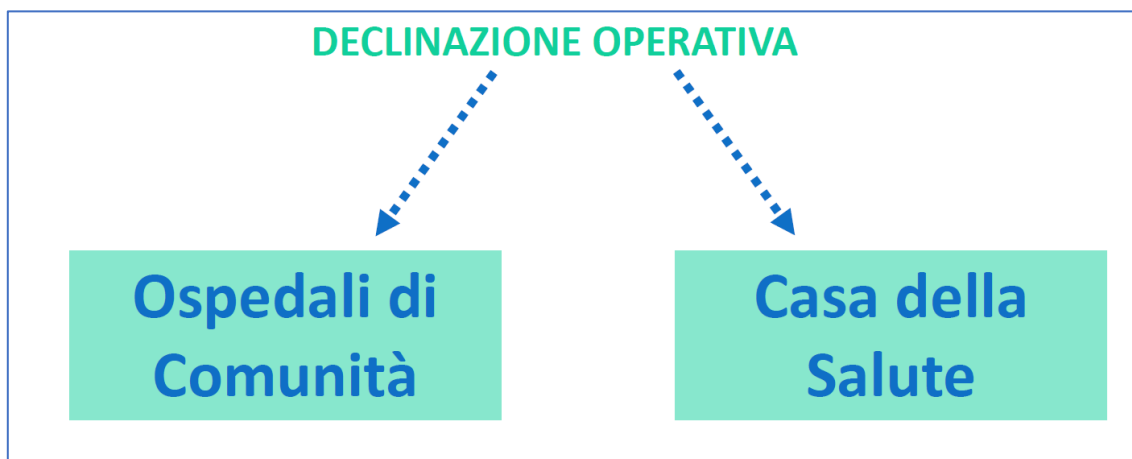
---

<sup>8</sup> Uno studio dell'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) e della Simeu (Società italiana medicina emergenza e urgenza) ha evidenziato come gli accessi impropri in PS siano tra il 9% e il 54% in USA, tra il 26% e il 60% in Canada, tra il 20% e il 41% in Europa. In Italia, si stima che questi siano il 30%.



## MAPPATURA DELLE STRUTTURE PER LE CURE INTERMEDIE E INDICATORI DI ESITO

### Mappatura sul territorio di case della salute e ospedali di comunità



Fonte: Camera dei Deputati, «Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie», 21 marzo 2021

#### Ospedali di Comunità

Si basa sui contenuti dell'Intesa Stato-Regioni n. 17 del 20 febbraio 2020.

«L'O.d.C. è una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio».

#### Casa della Salute

In assenza di una impostazione condivisa a livello nazionale, è stata intesa come una struttura sanitaria territoriale in cui è prevista l'integrazione tra medici di medicina generale/pediatri di libera scelta ed i servizi sanitari delle Aziende Unità Sanitarie Locali (es. Case della Salute, Unità Complesse di Cure Primarie, Presidi Territoriali di Assistenza).

**Mappatura sul territorio di Case della Salute e Ospedali di Comunità**

Regione/PA	Case della Salute dichiarate attive N	Ospedali di Comunità dichiarati attivi	
		N	PL
Valle d'Aosta <sup>(1)</sup>	-	-	-
Bolzano – Alto Adige	-	-	-
Trentino	-	-	-
Piemonte	71	5	30
Lombardia	20	467	
Veneto	77	69	1.426
Friuli Venezia Giulia	-	-	-
Emilia-Romagna	124	26	359
Liguria	4	1	20
Toscana	76	20	245
Marche	21	14	616
Abruzzo	N,C.	5	
Lazio	22	-	-
Umbria	8	-	-
Molise	6	2	-
Basilicata	1	-	-
Puglia		-	-
Campania	1	-	-
Calabria	13	-	-
Siciliana	55	-	-
Sardegna	15	-	-
<b>Totale</b>	<b>493</b>	<b>163</b>	<b>3.163</b>

<sup>(1)</sup> In ambito regionale sono presenti alcuni centri che, pur non essendo espressamente qualificati come Case della salute, erogano prestazioni sanitarie di vario tipo: Assistenza psichiatrica, attività clinica e diagnostica. strumentale per immagini, consultorio materno-infantile

«L'ampia disomogeneità nel numero di Case della Salute e di Ospedali di Comunità attivi nell'anno 2020, documenta la necessità di un approfondito confronto tra le Regioni/PA, fermo restando come, sulla base della documentazione raccolta, sia in corso un profuso impegno nelle singole Regioni/PA finalizzato al rafforzamento dell'assistenza territoriale, attraverso specifici atti di programmazione».

## IMPATTO DELLE CASE DELLA SALUTE SULLA CURA: IL CASO DELL'EMILIA-ROMAGNA

**Il Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna 2017-2019 prevede la produzione di evidenze dell'impatto delle Case della Salute sulla popolazione e sui professionisti attraverso un progetto regionale di valutazione.**

**In accordo a tale disposizione è stato avviato un percorso di valutazione delle Case della Salute che, nel 2019, ha portato alla pubblicazione di un'analisi mirata a valutare l'impatto delle Case della Salute su alcuni indicatori correlati o riconducibili allo stato di salute della popolazione assistita, desumibili da flussi amministrativi regionali correnti.**

### Due distinte popolazioni (≥ 18 anni)

- 1. Popolazione residente nei comuni non capoluogo**
- 2. Popolazione residente nelle grandi città** (Parma, Reggio Emilia, Bologna, Ferrara, Ravenna)

Incluse nell'analisi 88 Case della salute, che servono circa 1 milione di assistiti ogni anno.

#### 1. Popolazione residente nei comuni non capoluogo

Sono stati considerati come "esposti" tutti i residenti di un territorio bacino di riferimento di una Casa della Salute per i comuni non capoluogo, dal momento della sua attivazione in poi; sono stati considerati "non esposti" i residenti negli analoghi territori negli anni nei quali la Casa della Salute non era ancora stata attivata.

#### 2. Popolazione residente nelle grandi città

Sono stati considerati come "esposti" tutti i residenti di un comune cittadino assistiti da un medico di medicina generale, dal momento in cui il medico presta attività in un ambulatorio interno alla Casa della Salute; sono stati considerati "non esposti" i residenti negli analoghi comuni negli anni nei quali la Casa della Salute non era ancora stata attivata e gli altri residenti assistiti da un medico di medicina generale senza ambulatorio nella Casa della Salute.

**Sette indicatori di esito**

1. Accessi in Pronto soccorso (PS) per codici bianchi confermati come non urgenti alla dimissione dal PS (sono stati inclusi solo gli accessi nei giorni feriali dalle 8.00 alle 20.00, in pazienti non inviati da un medico e arrivati con mezzo proprio, non ricoverati alla dimissione dal PS)
2. Ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (ACSC - Ambulatory Care Sensitive Conditions) (sono stati inclusi i ricoveri per Complicanze da diabete, Broncopatia cronico-ostruttiva (BPCO), Scompenso cardiaco congestizio, Polmonite batterica)
3. Episodi di cura di assistenza domiciliare (sono stati inclusi gli episodi sia per assistenza di medicina generale che di assistenza infermieristica)
4. Politerapia (consumo di almeno 5 principi attivi diversi) nei pazienti di età  $\geq 65$  anni al 31.12 dell'anno di misurazione

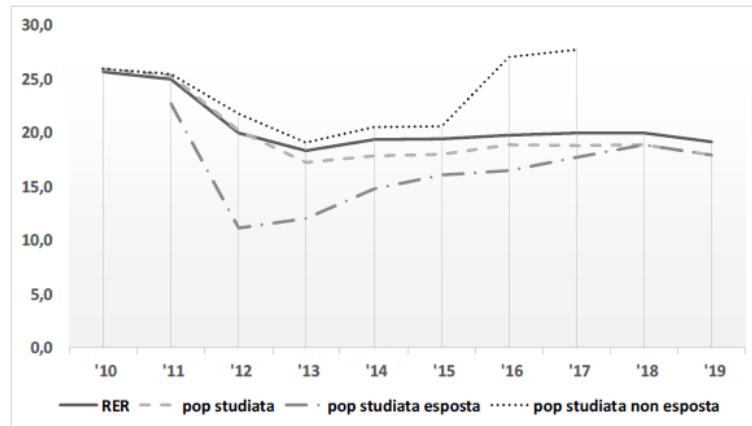
Assenza di effetti

5. Consumo di farmaci inappropriati nei pazienti di età  $\geq 65$  anni al 31 dicembre dell'anno di misurazione (inappropriati nell'anziano quei farmaci che in generale si dovrebbero evitare in tali soggetti in quanto "il rischio di reazioni avverse alla terapia è tale da diminuirne il potenziale benefico")
6. Ricoveri ripetuti nei pazienti di età  $\geq 65$  anni al 31 dicembre dell'anno di misurazione
7. Ricoveri oltre valori soglia nei pazienti di età  $\geq 65$  anni al 31 dicembre dell'anno di misurazione con ricovero ordinario con DRG medico

❖ Principali risultati

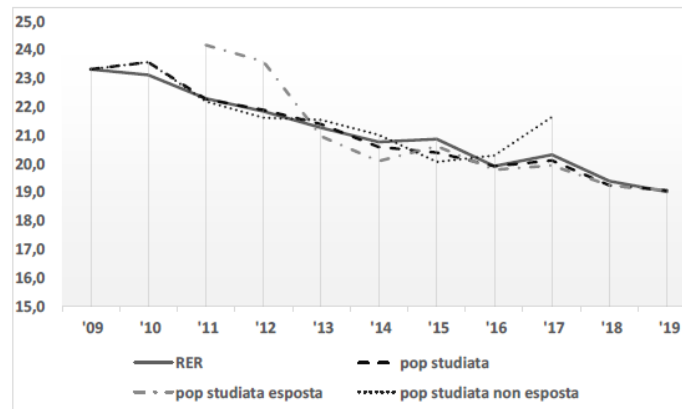
Popolazione residente nei comuni non capoluogo

Andamento a livello regionale 2010-2019 degli accessi al Pronto soccorso – codici bianchi al triage concordati con i codici non urgenti alla dimissione (x 1.000 residenti  $\geq$  18 anni)



Effetto significativo e costante delle Case della Salute sull'accesso al Pronto soccorso (-16,1%).

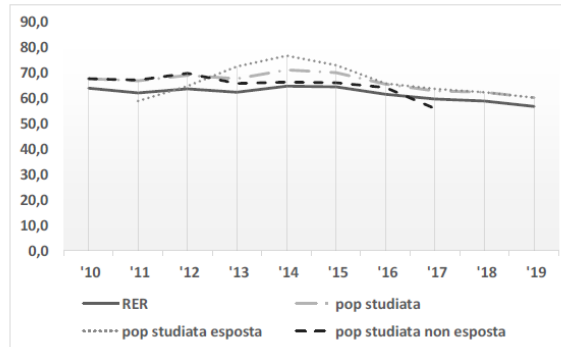
Andamento a livello regionale 2010-2019 dei ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (x 1.000 residenti  $\geq$  65 anni)



Effetto più consistente nei pazienti assistiti da medici di medicina generale che svolgono la loro attività parzialmente o completamente all'interno della Case della Salute (-25,7%).

**Popolazione residente nei comuni non capoluogo**

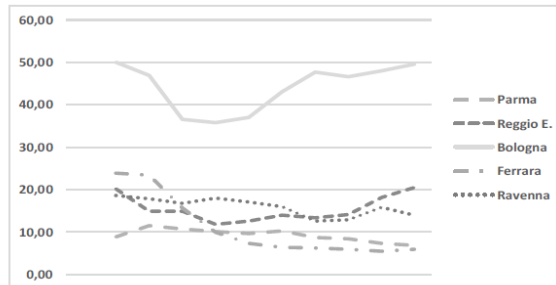
**Andamento a livello regionale 2010-2019 degli accessi ADI (infermieri e medici) (x 1.000 residenti ≥ 65 anni)**



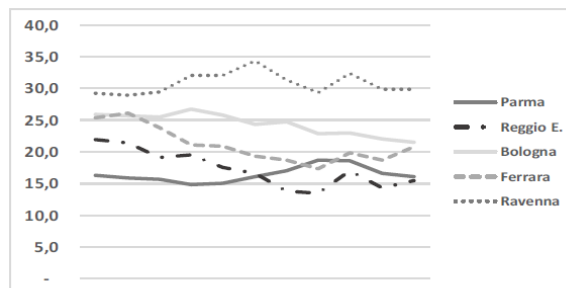
Effetto altrettanto significativo - ma meno rilevante e diffuso - sull'ospedalizzazione per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (-2,4%) e sugli episodi di cura in assistenza domiciliare (+9,5%).

**Popolazione residente nelle grandi città**

**Andamento nelle cinque città 2010-2019 degli accessi al Pronto soccorso – codici bianchi al triage concordati con i codici non urgenti alla dimissione (x 1.000 residenti ≥ 18 anni)**



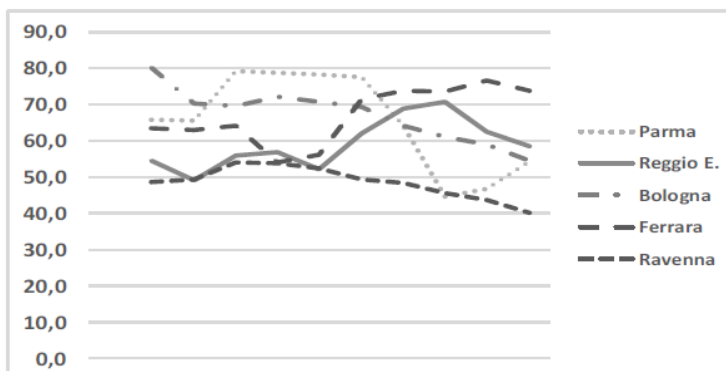
**Andamento nelle cinque città 2010-2019 dei ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (x 1.000 residenti ≥ 65 anni)**



L'analisi dell'impatto delle case della salute nelle città di Parma, Reggio Emilia, Bologna, Ferrara e Ravenna evidenzia effetti più contenuti e molto disomogenei da città a città.

Popolazione residente nelle grandi città

Andamento nelle cinque città 2010-2019 degli accessi ADI (infermieri e medici) (x 1.000 residenti ≥ 65 anni)



Gli accessi inappropriati al Pronto soccorso si riducono anche in questo caso mediamente del **10,3%**, ma **non si evidenzia nel globale delle 5 città considerate un impatto sulla riduzione dei ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale, né un effetto positivo sull'aumento degli episodi di assistenza domiciliare integrata.**

# **CAPITOLO 7 - GLI IMPATTI AMBIENTALI**



## LA MISURA DELL'IMPATTO AMBIENTALE

### Il piano che guarda alla comunità e all'ambiente

Il naming del progetto «Verso il piano Nomisma – Rekeep» non richiama direttamente la forte valenza ambientale, ma ciò non significa che ne sia sprovvisto.

L'ultimo capitolo, complementare ai Capitoli 5 e 6, si pone come obiettivo l'analisi dell'ultima componente degli impatti e dei benefici generabili dall'investimento di 8,2 miliardi in strutture sanitarie.

### 117 milioni di Co<sub>2</sub> risparmiati

I Criteri Ambientali Minimi dettati dalla normativa nazionale in tema di edilizia, e richiamati persino nell'attuazione del Superbonus del 110%, assicurerebbero tutta una serie di benefici che vanno dal contenimento degli impatti ambientali (**con una riduzione delle emissioni atmosferiche stimata in 117 milioni annui di Co<sub>2</sub>**), all'attivazione di una economia circolare volta alla limitazione dell'uso delle risorse e al riciclo dei materiali da costruzione, alla limitazione degli impatti sui cambiamenti climatici, alla tutela del suolo.

### Un acceleratore consapevole e green

A livello istituzionale europeo le due più grandi e vincolanti novità riguardano l'Agenda 2030 e l'Accordo di Parigi, entrambi sottoscritti nel 2015, e l'Unione Europea intende promuovere un Green New Deal ambizioso che mira a creare un'economia ad impatto zero entro l'anno 2050.

L'emergenza nata dal Covid-19 può costituire, ancora una volta, un acceleratore consapevole, dal momento che un'idea di ripartenza porta con sé una traiettoria di futuro e non solo un budget e le questioni legate alla sostenibilità sono diventate tra le principali voci dell'agenda politica della comunità civile e imprenditoriale.

	Superficie mq	Risparmio di CO2	
		Kg/mq	Kg
Ospedali di Comunità	1.187.880	25	29.697.000
Case della Comunità	2.016.800	16	32.268.800
RSA	2.215.064	25	55.376.607
<b>TOTALE</b>	<b>5.419.744</b>		<b>117.342.407</b>

**La diminuzione di CO<sub>2</sub> non è l'unico elemento green del piano**

Per quanto questa riduzione della CO<sub>2</sub> rappresenti un indubbio vantaggio sotto il profilo dei cambiamenti climatici come diretta conseguenza della minore produzione di emissioni climateranti, gli interventi hanno dei benefici anche al livello locale in termini di impatti ambientali, nonché effetti di tipo indiretto grazie all'attivazione di circuiti virtuosi sotto il profilo della sostenibilità. Sotto l'aspetto dei benefici ecosistemici complessivi, il piano proposto genera infatti una serie di effetti legati a:

- 1. Resilienza urbana**
- 2. Attivazione significativa dell'Economia circolare**
- 3. Tutela del suolo**
- 4. Contenimento degli impatti ambientali.**

**1. Resilienza urbana**

Benefici significativi nel sistema città in termini di aumento della resilienza urbana. L'applicazione obbligatoria dei criteri CAM impone, soprattutto nelle demolizioni e ristrutturazioni, di lavorare sulle aree di pertinenza esterne con conseguenti benefici in termini di limitazione all'effetto isola di calore-allagamenti urbani.

Inoltre le città vengono valorizzate proprio nelle aree in cui si decide di operare, riducendo il livello di degrado e abbandono.

**2. Attivazione significativa dell'Economia circolare**

Attivazione significativa dell'Economia circolare legata alla riqualificazione degli edifici, che non solo consente una riduzione del consumo delle risorse, ma determina una spinta economica nuova in relazione all'utilizzo di materiali da oggi legati a costi per lo smaltimento.

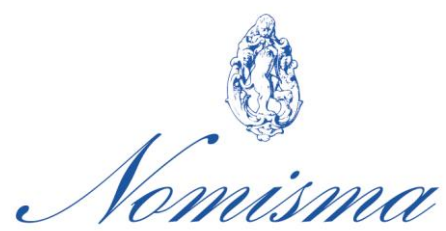
I Criteri Ambientali Minimi prescrivono che i materiali utilizzati abbiano i seguenti requisiti:

- almeno il 15% in peso sul totale dei materiali utilizzati deve essere composto da materia recuperata o riciclata;
- almeno il 70% dei rifiuti non pericolosi derivanti dalla demolizione e rimozione deve essere sottoposto ad un processo di riuso, recupero e riciclo;
- non sono ammesse sostanze dannose per l'ozono e i componenti edilizi devono poter esser sottoposti alla demolizione selettiva ed essere riciclabili o riutilizzabili.

**3. Tutela del suolo** Tutela del suolo (erosione, perdita di materia organica, consumo, etc.): riduzione degrado e consumo di suolo (tra cui principalmente il suolo permeabile e i suoli agricoli produttivi e naturali, con effetti in termini di tutela della biodiversità).

**4. Contenimento degli impatti ambientali** Il contenimento degli impatti ambientali, conseguenti alla realizzazione di edifici più moderni e tecnologicamente avanzati con effetti su:

- tutela della qualità e quantità della risorsa acqua;
- risparmio delle risorse non rinnovabili;
- risparmio energetico;
- riduzione delle emissioni in atmosfera/assorbimento CO<sub>2</sub>;
- riduzione inquinamento all'interno dell'edificio (acustico, elettromagnetico, radon, aria);
- miglioramento della qualità dell'aria;
- riduzione dei rifiuti;
- riduzione sostanze pericolose per l'ambiente e per la salute.



**Nomisma – Società di Studi Economici S.p.A.**

Strada Maggiore, 44 - 40125 Bologna (Italy)

T (+39) 051 6483.111

[www.nomisma.it](http://www.nomisma.it)