

Una nuova sanità più vicina alle persone: nuovo studio Nomisma - Rekeep sugli investimenti strutturali e i benefici economici, sociali ed ambientali di una medicina territoriale

- **La ricerca si focalizza sullo sviluppo di una rete di Ospedali di Comunità, Case della Comunità e Residenze Sanitarie Assistenziali che, come delineato nel PNRR, possano diventare punto di riferimento per i cittadini e superare le criticità emerse durante la pandemia;**
- **Sulla base del fabbisogno standard (numero di strutture di cui ci sarebbe bisogno per rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale) per ciascuna delle 3 tipologie lo Studio indica che sono necessari, oltre quelli già previsti dal PNRR, altri 661 Ospedali di Comunità, 1.233 Case della Comunità e 527 RSA;**
- **Per ogni euro investito per arrivare al nuovo modello si genererebbero ben 3,5 euro, oltre a numerosi ulteriori effetti positivi: dal miglioramento delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, al rafforzamento del processo di patient engagement; dalla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni, alla possibilità di ridurre la percentuale di accessi impropri in Pronto Soccorso; fino alla riduzione delle emissioni in atmosfera stimabili in 117 milioni annui di CO₂ riqualificando immobili ad uso sanitario dismessi.**

Zola Predosa (Bologna), 28 settembre 2021 – Come ripensare l'assistenza sanitaria italiana per guardare oltre la pandemia e colmare le fragilità del Sistema Sanitario Nazionale emerse durante il Covid-19? Che cosa prevede il PNRR? Quali gli investimenti necessari e quali gli impatti sanitari, sociali economici ed ambientali conseguibili? Sono solo alcune delle domande a cui intende fornire una risposta la nuova ricerca realizzata dalla società di studi economici **Nomisma** e da **Rekeep S.p.A.**, capofila del principale gruppo italiano attivo nell'integrated facility management, che **si focalizza sugli spazi e le strutture** necessari per portare cura e assistenza più "vicine" alle persone, superando le criticità emerse durante la pandemia.

Il nuovo studio fa seguito a quello condotto nel 2020 dal titolo "*Un Green New Deal sul patrimonio immobiliare pubblico: nuove economie ed effetti ecosistemici*", in cui erano stati analizzati i tanti risultati positivi conseguibili attraverso interventi di riqualificazione energetica e sismica del patrimonio immobiliare pubblico non residenziale, in massima parte uffici comunali e scuole territoriali. Il denominatore di entrambi è, quindi, comune: Sanità e Scuola costituiscono, infatti, gli ambiti di sviluppo prioritario di ciascun Paese.

Come ripensare l'assistenza sanitaria italiana per guardare oltre la pandemia e colmare le fragilità del Sistema Sanitario Nazionale emerse durante il Covid-19?

Lo shock sanitario da COVID-19 ha evidenziato numerose fragilità del Sistema Sanitario Nazionale, comunque fondamentale e con un ruolo cruciale, riconosciuto da tutte le Istituzioni e dai cittadini anche durante il picco dell'emergenza. In particolare, per evitare un eccessivo sovraccarico sul Sistema centrale risulta necessario, così come indicato anche dal PNRR, migliorare l'assistenza territoriale. In tale direzione, come emerso anche dai diversi workshop organizzati da Nomisma nell'ambito dello studio, con la partecipazione di Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG), Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCEO), Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) e dell'Associazione Medici Dirigenti Sanitari (ANAAO-ASSOMED), oltre che di numerosi esperti di politica sanitaria e management della sanità, risulta sicuramente prioritario investire sull'incremento e la formazione del personale e su tecnologia e ricerca, ma **un ruolo fondamentale è ricoperto dallo sviluppo di una rete di strutture territoriali che possano diventare punto di riferimento per i cittadini.**

Lo Studio, partendo dalla situazione attuale - ovvero dalle strutture sanitarie già operanti sul territorio italiano - e dal modello di sanità delineato nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - si concentra, quindi, **sull'edilizia sanitaria**, definendo gli interventi necessari su Ospedali di Comunità¹, Case della Comunità² e Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) in modo da rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale di rete, oltre ai relativi benefici economici, sociali ed ambientali.

Ma quale è lo stato e la consistenza del patrimonio immobiliare sanitario italiano disponibile? È possibile recuperare o riutilizzare parte degli immobili attualmente non utilizzati o dismessi?

Lo Studio analizza il patrimonio immobiliare pubblico non residenziale afferente all'edilizia sanitaria attraverso i dati forniti dal Ministero della Salute e dal Dipartimento del Tesoro. Le strutture sanitarie presenti in Italia e attualmente mappate dal Ministero della Salute sono **27.211**, di cui **995 ospedali**:

- per il **42%**, si tratta di strutture pubbliche, la parte restante è costituita da strutture private accreditate;
- il **20%** delle Regioni (**Lombardia, Emilia Romagna, Sicilia, Campania, Veneto**) detiene il **50%** delle strutture;
- 21.055 unità immobiliari con finalità socio sanitaria o appartenenti alla tipologia "Ospedale", si concentrano nei comuni di medie (33%) e grandi dimensioni (34%), mentre solo il 24% nelle zone del Paese con minore concentrazione della popolazione.
- esistono almeno **2 milioni di mq di strutture inutilizzabili e non utilizzate** (il 36% concentrate nel Nord Ovest), pari al 4% del campione mappato, percentuale che sale al 7% per le strutture costruite prima del 1945.

I dati evidenziano, quindi, che esiste non solo un gap regionale da colmare riequilibrando la situazione attuale in funzione della concentrazione della popolazione delle Regioni, ma anche la necessità di potenziare la rete territoriale al fine di non sovraccaricare i centri di più grandi dimensioni. Il dato sugli immobili a destinazione sanitaria non utilizzati apre, inoltre, anche la strada ad importanti ragionamenti sull'utilizzo del suolo esistente rispetto all'utilizzo di nuovo e all'opportunità di far fronte al fabbisogno di servizi e posti letto preservando il territorio e favorendo la sostenibilità ambientale.

Quali sono i fabbisogni per realizzare il modello atteso di sanità territoriale?

Lo Studio stima, quindi, il fabbisogno standard (numero di strutture di cui ci sarebbe bisogno per rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale) per ciascuna delle 3 tipologie di strutture:

- **Ospedali di Comunità**. Attualmente in Italia sono attivi 163 Ospedali di Comunità che mettono a disposizione 3.163 posti letto, concentrati prevalentemente in Veneto (1.426 p.l.), Marche (616 p.l.), Lombardia (467 p.l.) ed Emilia-Romagna (359 p.l.). **Il PNRR prevede di realizzarne 381**. Per raggiungere il fabbisogno standard di 1 struttura ogni 50.000 abitanti, pari a 1.205 Ospedali di

¹ L'Ospedale di Comunità è una struttura di ricovero breve, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio acuto di una malattia minore 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.

² Nel PNRR la Casa della Comunità è identificata come la struttura sociosanitaria deputata a costituire un punto di riferimento continuativo per la popolazione, garantendo: politiche di prevenzione e di promozione della salute e presa in carico della comunità di riferimento, oltre al coordinamento di tutti i servizi offerti ai malati cronici. È previsto che al suo interno siano presenti: un 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. Pur non essendo stati ancora esplicitati i requisiti strutturali e organizzativi, la Casa della Comunità 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. Nello Studio, 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.

Comunità **sarebbe, tuttavia, necessario prevedere l'attivazione di ulteriori 661 Ospedali di Comunità - per un totale di 1.042 strutture e 13.220 posti letto.**

- **Case della Comunità.** Ad oggi in Italia sono attive 489 Case della Comunità (strutture che in alcune aree coincidono con le cosiddette "Case della Salute") e la Regione che ne ha di più è l'Emilia-Romagna (124), seguita da Veneto (77), Toscana (76) e Piemonte (71). Nessuna struttura di questa tipologia è invece presente in Lombardia. **Nel PNRR è prevista l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro il 2026 ma per un'assistenza adeguata occorrerebbe avere complessivamente 3.010 strutture. Per raggiungere il fabbisogno standard, pertanto, sarebbe necessario attivare ulteriori 1.233 strutture.**
- **RSA.** Attualmente l'offerta di RSA in Italia è pari a 14,6 posti letto ogni 1.000 anziani residenti (popolazione con 65 anni o più). 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. Per raggiungere il parametro-obiettivo di 10 posti letto ogni 1.000 anziani - sotto al quale si posizionano ben 11 Regioni, quasi interamente appartenenti al Sud del Paese - è **necessario attivare 527 strutture, per un numero complessivo di 36.890 posti letto**, sotto l'ipotesi di 70 posti letto in ciascuna struttura.

Quali sono gli investimenti necessari?

Nel PNRR è previsto uno stanziamento di 1 miliardo di euro per la realizzazione di 381 Ospedali di Comunità e di 2 miliardi di euro per 1.288 Case della Comunità, oltre a 308 milioni di euro da destinare alle residenze per anziani. Gli importi sono comprensivi delle spese per gli impianti tecnologici. Per la realizzazione delle ulteriori strutture lo Studio indica che sono tuttavia necessari:

- **1,3 miliardi di euro aggiuntivi** per l'attivazione di **ulteriori 661 Ospedali di Comunità, per un investimento complessivo quindi pari a 2,3 miliardi di euro** (e una consistenza di quasi 1,2 milioni di mq).
- **1,4 miliardi di euro aggiuntivi** per attivare **ulteriori 1.233 Case della Comunità, per un investimento** che, sommato all'ammontare di 2 miliardi di euro previsto nel PNRR, porta il valore complessivo a **3,4 miliardi di euro** (su circa 2 milioni di mq).
- **2,3 miliardi di euro** per la realizzazione delle **527 RSA** (per una superficie di 2,2 milioni di mq) a cui si aggiungono i **308 milioni già previsti nel PNRR.**

In totale, dunque, per attuare il modello di sanità territoriale delineato dal PNRR sarebbero necessari 8,2 miliardi di euro (importo comprensivo delle spese per gli impianti tecnologici) intervenendo su 3.563 strutture, corrispondenti ad una superficie di circa 5,4 milioni di mq. Parte di questo importo, pari a 3,308 miliardi di euro, è già previsto nel PNRR, mentre sarebbero necessari ulteriori 4,907 miliardi di euro per completare tutti gli interventi.

Come e dove reperire le risorse per la realizzazione delle ulteriori strutture?

Un contributo importante potrebbe arrivare anche dal coinvolgimento degli operatori privati, non solo la sanità privata che potrebbe essere interessata ad investire nella realizzazione di nuovi spazi, ma anche gli operatori dei servizi a supporto della sanità, facility management *in primis*, **attraverso la formula del Partenariato Pubblico Privato (PPP)**, una soluzione che prevede di affidare a una società esterna gli interventi che vengono ripagati attraverso la gestione successiva dell'immobile, o attraverso operazioni in project financing. Le imprese private potrebbero, quindi, essere un alleato fondamentale della Pubblica Amministrazione, in grado di mettere a sistema risorse aggiuntive in una logica acceleratoria degli investimenti, oltre a fornire le competenze progettuali per generare reali efficienze e riduzione dei consumi, in particolare nell'ipotesi della riqualificazione di edifici dismessi.

Sia nella 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 si configura come un valido strumento 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.

Quali i benefici economici, sociali, sanitari ed ambientali?

L'investimento complessivo, pari a 8,2 miliardi di euro, potrebbe generare un **volano economico** a livello nazionale **pari a 25,7 miliardi di euro** (di cui 17,1 miliardi di euro quale impatto diretto ed indiretto sulla produzione e 8,6 miliardi di euro quale impatto indotto sull'economia). **Per ogni euro investito nella riqualificazione e ristrutturazione delle strutture identificate si genererebbero, quindi, 3,5 euro.** A questo si deve aggiungere un ulteriore beneficio economico a regime – ovvero una volta terminata la fase di sviluppo delle strutture – 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).

Ancora più significativi, inoltre, gli **effetti positivi in ambito sociale e sanitario**, tra cui:

- Aumento delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali erogate;
- 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.
- 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, inoltre, la possibilità di ridurre la percentuale di accessi impropri in Pronto Soccorso, attualmente pari, secondo uno studio AGENAS, al 30%.

Incrociando i dati relativi all'anagrafe, alla proprietà, all'utilizzo e alle principali caratteristiche immobiliari a livello territoriale **lo Studio stima, inoltre, che, rispetto a quanto già finanziato dal PNRR, larga parte degli investimenti aggiuntivi potrebbe essere realizzata raggiungendo l'obiettivo del consumo di suolo zero, per il 77% attraverso riqualificazioni di strutture esistenti e per il restante 23% con interventi di demolizione e ricostruzione.**

Intervenendo sulla riqualificazione di strutture inutilizzate o inutilizzabili si potrebbero, inoltre, generare numerosi ulteriori **benefici in termini ambientali tra cui:**

- **Contenimento degli impatti ecosistemici complessivi**, grazie all'utilizzo di impianti moderni, alla creazione di edifici tecnologicamente avanzati e all'applicazione dei Criteri Ambientali Minimi (CAM) prescritti dalle normative vigenti in materia di riqualificazione o costruzione di immobili, con una riduzione delle emissioni atmosferiche stimata in **117 milioni annui di Co2**.
- **Resilienza urbana** (valorizzazione delle aree interessate). L'applicazione obbligatoria dei CAM impone, soprattutto nelle demolizioni e ristrutturazioni, di lavorare sulle aree esterne di pertinenza con conseguenti benefici in termini di limitazione all'effetto isola di calore-allagamenti urbani.

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

- **Attivazione di un'Economia circolare legata alla riqualificazione degli edifici** (riuso dei materiali e riciclo) che non solo consentirebbe una riduzione del consumo di risorse, ma determinerebbe una spinta economica nuova in relazione all'utilizzo di materiali da oggi legati a costi per lo smaltimento. Sempre secondo i CAM, ad esempio, il 70% dei materiali di demolizione deve essere sottoposto a processi di recupero.

Rekeep S.p.A.

Rekeep S.p.A. ("Rekeep") è il principale operatore italiano e uno dei principali player a livello europeo del settore dell'Integrated Facility Management, ovvero l'erogazione e la gestione di servizi integrati rivolti agli immobili, al territorio e a supporto dell'attività sanitaria. In particolare, i servizi forniti dal Gruppo Rekeep si suddividono in due principali aree di attività: 1. Integrated Facility Management - servizi di gestione e manutenzione di immobili (igiene ambientale, servizi tecnico - manutentivi, cura del verde, servizi logistici, servizi ausiliari, gestione calore, illuminazione, gestione documentale, impianti antincendio e di videosorveglianza) erogati anche attraverso società specializzate; 2. Laundering & Sterilization - servizi di "lavanolo" e sterilizzazione di biancheria e strumentario chirurgico a supporto dell'attività sanitaria erogati attraverso la società controllata Servizi Ospedalieri S.p.A. Rekeep ha sede direzionale a Zola Predosa (Bologna), sedi operative in Polonia, Francia e Turchia e conta oltre 28.000 dipendenti, in Italia e all'estero.

Per ulteriori informazioni:

Rekeep / Ufficio stampa

Chiara Filippi

Ph. +39 051 3515195 / cfilippi@rekeep.com

Image Building / Media Relations

Alfredo Mele, Carlo Musa

Ph. +39 02 89011300 / rekeep@imagebuilding.it

Nomisma

Nomisma è una società di consulenza che svolge attività di ricerca e advisory per realtà pubbliche e private nel campo dell'economia reale.

Nomisma / Ufficio Stampa

Edoardo Caprino – 339 5933457

Giulia Fabbri – 345 6156164

ufficiostampa@nomisma.it