

Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care

5° Rapporto Osservatorio Long Term Care



A cura di
Giovanni Fosti
Elisabetta Notarnicola
Eleonora Perobelli

Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care

5° Rapporto Osservatorio Long Term Care



Quest'opera, e ogni sua parte, è protetta dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in questa versione digitale sotto la licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale (CC BY-NC-ND 4.0).

Scaricando quest'opera, l'Utente accetta tutte le condizioni dell'accordo di licenza per l'opera come indicato e riportato sul sito: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Copyright © 2023 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/58365751 – Fax 02/58365753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni. Per altre informazioni o richieste di riproduzione si veda il sito www.egeaeditore.it

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: gennaio 2023

ISBN volume 978-88-238-4752-1

ISBN ebook 978-88-238-8610-0

Indice

Prefazione. Le aziende del settore socio-sanitario negli anni delle crisi, costruire il futuro ripartendo dalle persone <i>di Massimo Minaudo</i>	9
Introduzione <i>di Giovanni Fosti, Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli</i>	13
1. Il settore Long Term Care per anziani non autosufficienti in Italia: rete di welfare, “badantato”, posizionamento dei gestori e innovazioni in corso <i>di Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli</i>	17
1.1. Il ruolo del welfare pubblico: offerta di servizi e copertura del bisogno	17
1.1.1 <i>Servizi e utenti in carico</i>	18
1.1.2 <i>Stima della copertura del bisogno</i>	25
1.2 L’evoluzione del “badantato”: numeri e prospettive	28
1.3 Il posizionamento strategico dei grandi player del settore	29
1.3.1 <i>La fotografia del Network OLTC</i>	30
1.4 Traiettorie di sviluppo per il settore	39
1.4.1 <i>Il settore anziani nelle iniziative di riforma promosse nel 2022</i>	39
1.4.2 <i>Innovazioni nel mercato: lo sviluppo del senior living</i>	42
Bibliografia	43
2. Crisi del personale, tra carenza numerica e specificità del settore <i>di Elisabetta Notarnicola</i>	45
2.1 La crisi del personale nel settore, una survey aggiornata	45
2.2 Le radici del problema	48
2.3 Le implicazioni della crisi del personale per il management	49
2.3.1 <i>Il management dei servizi socio-sanitari sarà sempre più un management “di emergenza”?</i>	49

2.3.2	<i>Come riportare al centro il personale come fattore critico di qualità?</i>	50
2.3.3	<i>Come interpretare regole e normative, limite o punto di partenza? Come far evolvere i servizi?</i>	50
	Bibliografia	51
3.	Regione che vai, RSA che trovi: la residenzialità per anziani in dodici regioni	
	<i>di Alessandro Furnari, Simone Manfredi ed Eleonora Perobelli</i>	53
3.1	Un confronto tra dodici regioni	54
3.2	Residenzialità per anziani in dodici regioni: tipologia e natura dei servizi, profilo degli utenti target	55
3.2.1	<i>La natura dei servizi residenziali</i>	56
3.2.2	<i>I profili target dei servizi</i>	57
3.3	Residenzialità socio-sanitaria: quali modelli di servizio?	59
3.3.1	<i>Il perimetro della residenzialità socio-sanitaria</i>	59
3.3.2	<i>Estensione della rete e ospiti target</i>	61
3.3.3	<i>La disciplina di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione</i>	62
3.3.4	<i>La disciplina degli standard di personale e le figure previste</i>	63
3.3.5	<i>Il modello di tariffazione</i>	65
3.3.6	<i>Il posizionamento strategico delle regioni</i>	67
3.4	Standard di personale a confronto nella residenzialità socio-sanitaria	69
3.5	Sintesi e riflessioni su normative regionali e servizi residenziali socio-sanitari italiani	77
	Bibliografia	80
	Appendice 1. La normativa regionale analizzata	81
	Appendice 2. Schede regionali	87
4.	La gestione del personale nel settore anziani: prassi aziendali e dati di organico	
	<i>di Alessandro Furnari ed Elisabetta Notarnicola</i>	101
4.1	Un tentativo di descrivere il settore residenziale socio-sanitario partendo dal personale	101
4.2	Metodologia di raccolta, elaborazione e analisi dati	102
4.3	Una prima panoramica della dotazione di organico del personale nelle strutture socio-sanitarie residenziali per anziani	104
4.4	Cluster analysis: risultati e pattern di comportamento dei gestori	108
4.5	Riflessioni conclusive	113
	Bibliografia	117

5. La gestione strategica delle risorse umane nel settore socio-sanitario	
<i>di Andrea Rotolo</i>	119
5.1 Obiettivi e metodo di rilevazione	119
5.2 Ruolo e significato della funzione risorse umane nel settore socio-sanitario	120
5.3 Strategie di breve e medio periodo in risposta alla crisi del personale	124
5.4 La necessità e l'urgenza di un salto di qualità del settore nella gestione e valorizzazione del personale	125
Bibliografia	130
6. Conclusioni	
<i>di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola ed Eleonora Perobelli</i>	131
6.1 Le dinamiche del settore Long Term Care alla luce del 2021 e del 2022	131
6.2 Le criticità di settore percepite dai provider	133
6.3 Gli spazi strategici per i provider nell'ambito del welfare pubblico	135
6.4 In sintesi	138
Gli Autori	139

3. Regione che vai, RSA che trovi: la residenzialità per anziani in dodici regioni *di Alessandro Furnari, Simone Manfredi ed Eleonora Perobelli¹*

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) si configurano come la principale risposta pubblica di lungodegenza per anziani non autosufficienti (*cf*r Capitolo 1). Eppure, dietro questa “etichetta” convenzionale si nascondono una moltitudine di servizi residenziali, anche molto diversi tra loro in termini di vocazione e modalità di funzionamento. In un momento storico in cui le strutture residenziali sono messe in discussione – si pensi alle conseguenze della pandemia sull’immagine delle RSA e allo smartworking come soluzione di conciliazione che ritarda l’istituzionalizzazione, all’orientamento ai setting domiciliari degli indirizzi di riforma, ecc. – fare luce su cosa si celi dietro il termine RSA è quanto più necessario. Le ragioni per farlo sono diverse: un primo tema è di equità, poiché la diffusione del servizio è disomogenea sul territorio nazionale e i posti complessivamente disponibili sono inferiori rispetto al bisogno. In secondo luogo, nel dibattito si parla di RSA genericamente intesa semplificando la realtà, in cui i servizi sul territorio le storie degli ospiti ci restituiscono una rappresentazione più complessa e articolata. Questa complessità deriva in primo luogo dalla modalità con cui le regioni hanno normato e fissato le regole del gioco per i servizi residenziali: le diverse interpretazioni hanno infatti impatti inevitabilmente differenti sull’operatività dei gestori e la loro capacità di innovare, e sulla capacità di presa in carico e di rispondere ai bisogni della cittadinanza.

A partire da questa premessa, il Capitolo si pone un duplice obiettivo: indagare la filiera di servizi che le regioni collocano sotto la denominazione di residenzialità per anziani e approfondire i setting più coerenti con la definizione di residenzialità socio-sanitaria; proporre un modello di comparazione degli standard di personale definiti dalle normative regionali sulla residenzialità so-

¹ Gli autori desiderano ringraziare Francesca Meda, SDA Bocconi, per il prezioso contributo all’analisi dei sistemi regionali.

cio-sanitaria. Nello specifico, si intende mappare l'insieme dei servizi di residenzialità per anziani definiti da alcune regioni italiane, per individuarne puntualmente la finalità, il perimetro di azione e la natura dei bisogni cui rispondono. Secondariamente, si intende offrire una disamina dei modelli di servizio esistenti per la sola residenzialità socio-sanitaria, proponendo una comparazione delle regioni lungo alcune dimensioni centrali nel definire vocazione dei servizi stessi, identificare la natura delle risposte offerte oggi e, di conseguenza, la tipologia di bisogni effettivamente (non) intercettati dai servizi. Questo doppio livello di lavoro permette di avere un quadro di come le regioni interpretino l'offerta residenziale per il mondo anziani; per poi stringere il campo ai soli servizi riconducibili al settore socio-sanitario e fare chiarezza sulle diverse modalità di interpretare RSA. Infine, la comparazione degli standard permette di fare un passo avanti nella lettura comparata dei posizionamenti regionali, tenendo conto delle diverse configurazioni e vocazioni che RSA assume nei territori.

Per rispondere a questi obiettivi, il capitolo si articola come segue: il paragrafo 3.1 illustra il metodo utilizzato per l'analisi, il seguente 3.2 delinea i servizi di residenzialità per anziani mappati nelle regioni considerate, con approfondimento dei diversi bisogni cui essi si rivolgono; il paragrafo 3.3 si concentra sulla residenzialità socio-sanitaria per anziani non autosufficienti e propone una comparazione dei diversi modelli di servizio esistenti lungo alcune dimensioni, identificando a partire da questi il posizionamento strategico delle regioni; segue il 3.4, che propone un modello di confronto degli standard di personale nelle regioni analizzate. Il testo termina con alcune riflessioni conclusive rispetto agli standard stessi (3.5). In calce al capitolo sono poi disponibili due Appendici: il numero 1 illustra il dettaglio della normativa analizzata in ogni regione, il numero 2 propone delle schede regionali di dettaglio, fotografando le principali caratteristiche della residenzialità socio-sanitaria nelle 12 regioni incluse nel campione.

3.1 Un confronto tra dodici regioni

Per traguardare gli obiettivi precedentemente esposti, l'indagine si è basata sull'analisi della normativa regionale, punto di riferimento per comprendere l'orientamento di policy del legislatore e per la disciplina dei servizi e delle loro caratteristiche (es. standard minimi da garantire). Il metodo prescelto fonda la nostra analisi sugli standard teorici richiesti dalle normative più aggiornate. Questo corrisponde agli standard minimi che devono essere garantiti dagli enti gestori, ma non corrisponde necessariamente a quanto sarebbe necessario in funzione delle caratteristiche effettive dei servizi residenziali oggi. Sappiamo infatti che in molti contesti questi standard minimi sono superati e implementati in modo migliorativo. Inoltre, lo standard richiesto da norma non dice nulla rispetto al *case mix* effettivo degli anziani accolti e quindi dei fabbisogni assistenziali effettivi. Sono questi più di tutti a determinare le caratteristiche e gli

standard che un servizio di qualità dovrebbe garantire. Per avere un quadro chiaro dei bisogni effettivamente presi in carico e delle modalità di risposta agli stessi nei servizi, sarebbe auspicabile avere accesso quindi a dati riguardanti i profili effettivi degli ospiti. Purtroppo, però, questo tipo di informazione non è accessibile a livello aggregato e andrebbe ricostruito struttura per struttura, segnalando ancora una volta l'assenza di investimenti in sistemi informativi nazionali (o locali) nel settore oltre che di attenzione a questa area di policy.

L'analisi è stata circoscritta a un campione di dodici regioni (Emilia-Romagna, Friuli-Venezia-Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Trento e Veneto) tra quelle con una maggior presenza di servizi socio-sanitari residenziali (*cf* Capitolo 1).

Le norme sono state individuate per ogni regione tramite una ricerca desk sui siti istituzionali, utilizzando parole chiave che circoscrivessero l'analisi: "residenzialità", "anziani non autosufficienti", "socio-sanitario". Durante la ricognizione, condotta tra aprile e maggio 2022², non sono stati posti vincoli temporali come criterio di ricerca per le fonti. La normativa individuata è stata validata e integrata tramite interviste con esperti del network OLTC operanti nelle regioni in esame. L'Appendice 1 in calce al capitolo illustra i 77 testi normativi considerati, distribuiti per regione. Infine, i paragrafi 3.2 e 3.3 approfondiscono ulteriormente le scelte metodologiche operate nelle due fasi dell'analisi.

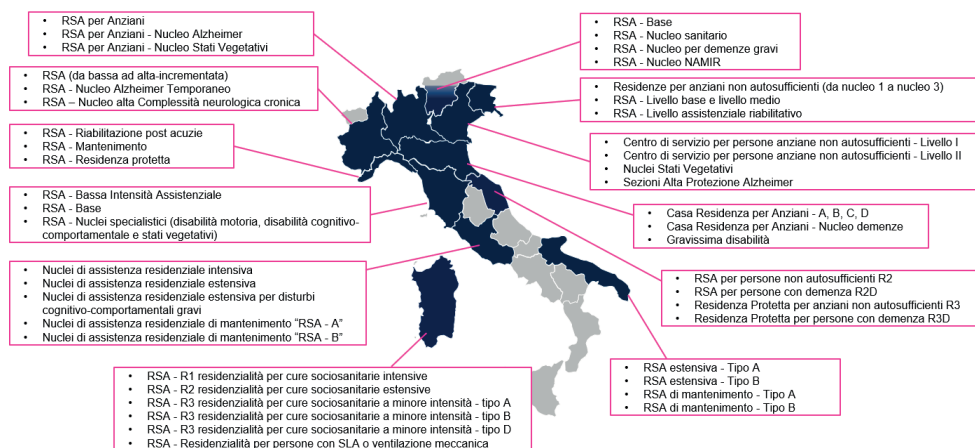
3.2 Residenzialità per anziani in dodici regioni: tipologia e natura dei servizi, profilo degli utenti target

La prima fase del lavoro si è concentrata attorno all'identificazione, in ognuna delle 12 regioni, del ventaglio di servizi esistenti, la loro natura e gli utenti target

² In più sezioni del presente capitolo è richiamata la DGR Veneto n.996 del 09 agosto 2022 "Aggiornamento della programmazione del Fondo regionale della non autosufficienza (FRNA) per l'area anziani con aggiornamento dei fabbisogni e della programmazione". Pur essendo il testo pubblicato successivamente alla ricognizione effettuata, per la sua significatività gli autori hanno deciso di richiamare nel presente lavoro alcuni elementi laddove coerenti con l'analisi condotta. Infatti, la DGR introduce importanti novità prevedendo un'unica unità di offerta per i Centri di servizio per persone anziane non autosufficienti. Il testo aggiorna il fabbisogno dei posti letto di residenzialità per anziani non autosufficienti e definisce un'univoca impegnativa di residenzialità pari a 52,00 €/die/ospite. Tramite questa modifica, Regione Veneto supera la precedente distinzione tra primo e secondo livello (49 e 56 €/die/ospite), pur mantenendo fino a esaurimento le impegnative pari a 56,00 €/die/ospite. La DGR non definisce però i nuovi standard assistenziali coerenti con il sistema con unità di offerta unica, richiamando la necessità di adeguarli entro la fine del 2022. A dicembre 2022 questi non risultano pubblicati.

ad essi associati, al fine di enucleare la missione della rete residenziale per anziani nell'impostazione normativa regionale. La Figura 3.1 propone una sintesi grafica della totalità dei servizi mappati in questa fase.

Figura 3.1. I servizi residenziali per anziani in 12 regioni. Una visione di insieme



3.2.1 La natura dei servizi residenziali

Dalla descrizione delle finalità e delle caratteristiche dei servizi precedentemente elencati è possibile individuare la vocazione dei servizi ex norma, che spazia da socio-sanitario «puro» fino a una più orientata al mondo sanitario e alle prestazioni SSN, come illustrato dalla Tabella 3.1. Questa classificazione è stata operata guardando al contenuto e alla descrizione delle attività assistenziali previste dai servizi residenziali. Fatta salva quindi questa tipologia, si è riscontrato che le regioni usano la stessa etichetta per normare servizi appartenenti a setting molto diversi.

Tabella 3.1. La natura dei servizi afferenti alla residenzialità per anziani

Regioni	Natura dei servizi afferenti alla residenzialità per anziani			
	Socio-assistenziale	Lungo degenza	Riabilitazione	Altro post- e sub- acuto
Emilia-Romagna	CRA A, B, C, D	CRA B		CRA B
Friuli-Venezia Giulia	Residenze N1-2-3	RSA base-medio	RSA riabilitativo	RSA medio Residenze N3
Lazio		N. mantenimento Nuclei intensivi	Nuclei estensivi	Nuclei intensivi Nuclei estensivi
Liguria	Res. protetta RSA mantenim.	RSA mantenim.	RSA riabilitativo	RSA riabilitativo

Lombardia	RSA	RSA		
Marche	Res. protetta R3	RSA R2	RSA R2	RSA R2
Piemonte	RSA	RSA		X
Puglia	RSA mantenim.	RSA mantenim.	RSA estensiva RSA mantenim.	RSA estensiva
Sardegna		R3B	R3B	R1 intensive R2 estensive R3A
Toscana	RSA bassa, base	RSA base		RSA base, alta (n. specialistici)
PA di Trento	RSA base, nucleo sanitario	RSA nucleo sanitario		X
Veneto	Centro servizi	Centro servizi		

Il quadro che emerge è infatti molto variegato: da un lato ci sono regioni la cui normativa legata alla residenzialità per anziani si concentra unicamente sulla residenzialità socio-sanitaria (es. Toscana, Veneto), dall'altro, territori che fanno rientrare in questo cluster anche la riabilitazione e altri servizi di tipo post- e sub-acuto (es. Lazio, Liguria). Quest'ultima scelta può essere segnalata da un lato, di un tentativo di coordinamento e armonizzazione tra le diverse unità di offerta; dall'altro, di un posizionamento meno chiaro di quale sia la distinzione tra settore socio-sanitario e sanitario, denotando una minore specializzazione settoriale e sovrapposizione di servizi. In quest'ultimo caso, l'indeterminatezza strategica delle policy circa cosa connoti nello specifico il settore socio-sanitario ha inevitabili ripercussioni sulla configurazione dei servizi, che risultano di conseguenza limitati nella loro capacità di essere chiaramente orientati a rispondere a bisogni legati alla non autosufficienza. Se a questo si aggiunge il fatto che i posti disponibili sono pochi in tutte le regioni (anche in quelle considerate più virtuose) appare evidente come l'offerta effettiva di residenzialità socio-sanitaria sia ulteriormente limitata. Se i (pochi) posti disponibili sono orientati alla riabilitazione e alla lungodegenza, cosa ne è della presa in carico assistenziale? In ogni caso, già da questa prima fotografia emerge come non si possa parlare di una visione nazionale omogenea circa la missione della rete residenziale per anziani.

3.2.2 I profili target dei servizi

Il secondo passaggio dell'analisi si è concentrato sul profilo dei beneficiari target dei servizi residenziali. L'eterogeneità della vocazione dei servizi esposta pocanzi si traduce nella varietà dei soggetti cui questi si rivolgono: inevitabilmente, la diversa natura dei servizi ha implicazioni sull'intensità assistenziale e il profilo di bisogno cui ci si rivolge, come illustrato nella Tabella 3.2.

Tabella 3.2. Utenti target della residenzialità per anziani

Regioni	Tipologia utenti					
	Utente non autosufficiente	Utente con disturbo comportamentale	Utente con demenza	Utente che richiede riabilitazione	Utente in stato vegetativo	Utente ad elevato bisogno sanitario
Emilia-Romagna	CRA	CRA A	N. De.			CRA B
Friuli-Venezia Giulia	Res.	Res. N2, N3	Res. N3	RSA riab.		Res. N3 RSA medio
Lazio	RSA	N. estensivi per disturbi cognitivi	N. estensivi per disturbi cognitivi	N. estensivi	N. intensivi	N. intensivi, N. estensivi
Liguria	RSA	Mantenimento Riabilitazione	Mantenimento	Riabilitazione		Riabilitazione Mantenimento
Lombardia	RSA	RSA	N. Alzheimer		N. Stati vegetativi	
Marche	R3	R2D	R2D	R3		R2
Piemonte	RSA	RSA da media ad alta-incrementata	N. Alzheimer		N. Stati vegetativi	RSA alta, alta-incrementata
Puglia	RSA	Estensiva B, Mantenimento B	Estensiva B, mantenimento B	Mantenimento		Estensiva
Sardegna	RSA	R3D	R3D	R3A, B	Res. ventilazione meccanica	R1, R2
Toscana	RSA	Alta	Alta		Alta	Alta
P.A. di Trento	RSA	N. demenze	N. demenze		NAMIR	N. sanitario
Veneto	Centro servizi	Alta protezione Alzheimer	Alta protezione Alzheimer		N. stati vegetativi	

La rappresentazione sinottica mostra come ad oggi nei servizi non vi sia una definizione univoca dei soggetti destinatari cui rivolgersi. All'interno dello stesso sistema, i servizi possono rivolgersi a una platea di soggetti con esigenze anche marcatamente diverse: in alcuni casi c'è una sovrapposizione tra categorie nello stesso servizio, con profili non mutualmente escludenti. Ad esempio, in Regione Sardegna le RSA R3 accolgono sia persone non autosufficienti (anche non anziane) in fase di dimissione ospedaliera (R3A) che persone non autosufficienti (anche non anziane) che richiedano trattamenti di lungo assistenza o di tipo riabilitativo (R3B).

In sintesi, questo primo step di analisi ci restituisce un quadro in cui non emerge un orientamento chiaro dei legislatori circa quale sia la missione dei servizi residenziali per anziani, sia in termini di target di bisogno per cui generare valore, che in termini di rapporto con gli altri setting assistenziali, sanitari in primis. A chi si rivolgono questi servizi? Che tipo di assistenza devono garantire? Che tipo di bisogno devono accogliere? La risposta a queste domande è talvolta confusa e trova declinazioni diverse nei vari contesti. Questa opacità si riflette nella declinazione di modelli di servizio ampiamente differenziati, come descritto nella sezione successiva.

3.3 Residenzialità socio-sanitaria: quali modelli di servizio?

3.3.1 Il perimetro della residenzialità socio-sanitaria

Il secondo livello di analisi si è concentrato sulla sola residenzialità socio-sanitaria per over65 non autosufficienti. In assenza di una definizione nazionale di RSA³, il criterio di scelta dei setting da approfondire è stato centrato attorno alla definizione seguente, proposta dagli autori: 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 adottato dalle regioni e province autonome. È stato dunque ristretto il campo ai setting assistenziali coerenti con questa definizione, escludendo servizi esplicitamente⁴ definiti e classificati come di riabilitazione, lungodegenza, e altro post- e sub-acuto. Sono stati esclusi anche i servizi dedicati a persone in stato vegetativo o nuclei demenze, perché tipicamente normati separatamente con finalità e standard precisi che richiederebbero una trattazione a parte⁵.

³ L'unica indicazione nazionale vigente (al momento in cui si scrive, dicembre 2022, mentre sono in atto iniziative di riforma rispetto a questi servizi) è quella derivante dal DPCM 14 febbraio 2001 sull'integrazione socio-sanitaria e, soprattutto, dal DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza poi sfociata nel Progetto Mattoni il Mattone n.12.

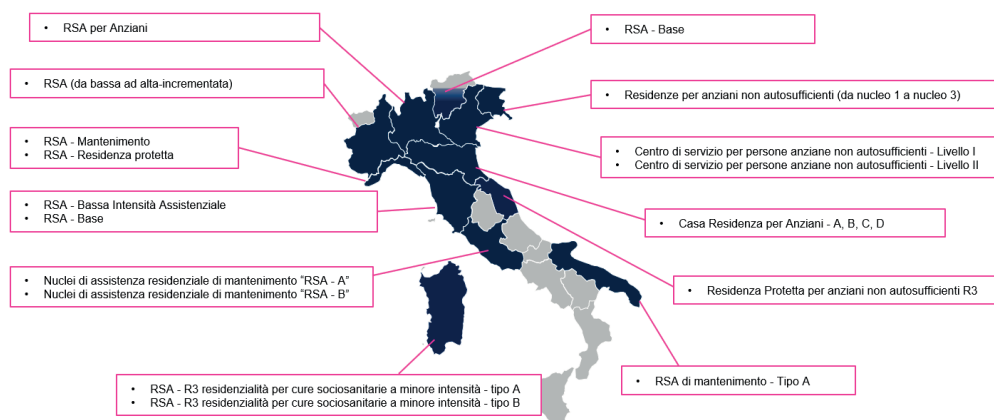
⁴ Si specifica "esplicitamente" perché, come si vedrà nell'analisi svolta, sono diversi invece i casi di Regioni che normano servizi di residenzialità socio-sanitaria collocando al loro interno prestazioni di questa natura.

⁵ La normativa analizzata ha permesso di identificare i seguenti servizi dedicati a stati vegetativi e demenze. Emilia-Romagna: nuclei demenze e nuclei gravissima disabilità; Lazio: nuclei di assistenza residenziali estensiva per disturbi cognitivo-comportamentali gravi; Lombardia: nuclei Alzheimer e nuclei stati vegetativi; Marche: RSA per persone con demenza; Piemonte: nuclei Alzheimer temporanei, nuclei stati vegetativi e nuclei alta complessità

Per i servizi selezionati, sono stati estratti dalla normativa i riferimenti circa la finalità, i profili target, la disciplina di autorizzazione, accreditamento, contrattualizzazione e regolamentazione delle tariffe. La sistematizzazione di questi elementi ha permesso di ricostruire il posizionamento strategico regionale rispetto alla residenzialità socio-sanitaria per anziani non autosufficienti.

Coerentemente con queste premesse, l'analisi della residenzialità socio-sanitaria ha richiesto di circoscrivere il perimetro di indagine ai setting illustrati in Figura 3.2.

Figura 3.2. I servizi residenziali socio-sanitari per anziani non autosufficienti inclusi nell'analisi



Per ciascuno di questi servizi, sono stati tracciati in un dataset alcune informazioni normative utili a fotografarne il posizionamento strategico, in particolare:

- Articolazione delle unità di offerta residenziali socio-sanitarie
- Sistemi (eventuali) di classificazione degli ospiti
- Disciplina di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione dei gestori
- Mix assistenziale erogato (personale previsto e standard relativo)
- Modello di tariffazione

neurologica cronica; Puglia: RSA B (nucleo demenze e Alzheimer); Sardegna: residenzialità per persone affette da SLA o assistite con ventilazione meccanica; Toscana: moduli specialistici (disabilità cognitivo-comportamentale o stati vegetativi); PA Trento: nuclei demenze gravi o nuclei NAMIR (SLA e stati vegetativi); Veneto: nuclei stati vegetativi e sezioni alta protezione Alzheimer.

I paragrafi seguenti propongono una vista comparata per ciascuna di queste dimensioni, successivamente sistematizzate per inquadrare il posizionamento strategico delle regioni in materia di residenzialità socio-sanitaria.

3.3.2 Estensione della rete e ospiti target

Una prima prospettiva di comparazione delle regioni mette in relazione il modo in cui esse definiscono i servizi e le unità di offerta (UdO) e la presenza o assenza di sistemi codificati di classificazione e valutazione di diversi profili. In particolare, le unità di offerta possono essere singole (un'unica unità, RSA), oppure molteplici, con modelli di servizio diversi a seconda della tipologia di UdO (articolazione in diversi servizi o diverse tipologie di RSA). Al contempo, le regioni possono aver identificato scale, metriche e classificazioni che identificano profili di utenti e relativi standard diversi per i servizi, oppure non avere alcuna scala che identifichi un profilo tipo. L'incrocio di queste due dimensioni restituisce ancora una volta l'eterogeneità nei posizionamenti regionali (Tabella 3.3).

Tabella 3.3. Matrice di posizionamento: modello di servizio vs sistema di classificazione degli ospiti

		Sistemi di classificazione degli ospiti		
		Nessuna classificazione	Alcune classificazioni (fino a 4)	Più di 4 classificazioni
Definizione delle UdO	RSA genericamente intesa	Marche Puglia	Emilia-Romagna Friuli-Venezia-Giulia Toscana	Lombardia Piemonte
	Più di una unità di offerta	Lazio Sardegna Veneto* Trento	Liguria	

* A seguito della DGR 996/2022 è prevista la riformulazione di un'unica unità di offerta.

La metà delle regioni non esplicita una categorizzazione degli utenti sulla base di scale e classificazioni: gli ospiti seguono dunque o le caratteristiche delle diverse unità di offerta (es. Lazio), oppure sono inseriti nello stesso servizio indistintamente (es. Marche). Questo implica che non ci sia, dal punto di vista del legislatore, una differenziazione e modulazione dell'intensità del servizio in rapporto al profilo dell'anziano in relazione a standard e tariffa. Anche in questo caso si parla di ospite anziano senza considerare la casistica esistente e non prevedendo riflessioni o interventi in merito al *case mix* che, nei fatti, rimane un elemento né presidiato né monitorato.

Nelle regioni rimanenti, vengono utilizzate una pluralità di scale e/o classificazioni (es. SOSIA, AGED), con profili di ospiti diversi che generalmente coesistono all'interno del servizio RSA (es. le 8 classi SOSIA in Lombardia), con

la sola eccezione di Regione Liguria, in cui gli ospiti sono collocati in unità di offerta distinte in relazione al punteggio AGED (le persone anziane con AGED da 10 a 16 possono accedere unicamente in residenza protetta, mentre con AGED superiore a 16 sia in residenza protetta che in RSA di mantenimento). In questi casi si introduce quindi il concetto di analisi più precisa dei fabbisogni assistenziali e di monitoraggio del *case mix* anche con riflessi formali (in termini di normativa) su standard e tariffa riconosciuta.

3.3.3 *La disciplina di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione*

In tutte le regioni è previsto uno step di autorizzazione al funzionamento per iniziare l'attività, che risulta sempre distinto dal percorso di accreditamento istituzionale. A fronte di questa convergenza nel prevedere entrambi gli step, esistono modalità diverse per condurli. Ogni regione definisce i propri criteri di autorizzazione (generalmente approvati da delibere di giunta) e di accreditamento, con ampi spazi di variabilità. Fanno eccezione tre regioni (Liguria, Marche e Puglia), che adottano il manuale di accreditamento per le strutture socio-sanitarie proposto da AGENAS⁶, la cui filosofia di fondo si basa sul ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act), ossia pianificare le modalità di raggiungimento dell'obiettivo per la qualità definito dal requisito per l'accreditamento; implementare quanto definito in fase di pianificazione; controllare processi e esiti dell'erogazione del servizio; agire per migliorare o standardizzare aspetti legati a struttura, processo o esito sulla base delle attività di monitoraggio. Il manuale identifica otto criteri su cui le strutture sono chiamate a una valutazione per presentare domanda di accreditamento e il suo successivo mantenimento, alcuni comuni a tutte le tipologie di strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera (attuazione di un sistema di gestione delle strutture; aspetti strutturali, impiantistici e tecnologici; competenze del personale; comunicazione; processi di miglioramento e innovazione); altri da declinare nello specifico delle diverse tipologie di strutture in relazione all'offerta erogata (prestazioni e servizi; appropriatezza clinica e sicurezza; umanizzazione). Se da un lato il manuale è un apprezzabile tentativo di introdurre elementi di uniformità nei processi di accreditamento a livello nazionale, dall'altro lato le dimensioni di valutazione risultano centrate su azioni e modelli di offerta più vicini al settore sanitario, più che al socio-sanitario.

Infine, il percorso di contrattualizzazione dei gestori è generalmente successivo all'accreditamento, salvo in Sardegna e nella Provincia Autonoma di Trento. In quest'ultimo caso, le Direttive annuali deliberate dalla Giunta Pro-

⁶ Maggiori informazioni al link seguente: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/accreditamento/manuali_2019/2_ultima_versione_PROPOSTA_MANUALE_ACCREDITAMENTO_STR_SOCIOSANITARIE_2019.pdf

vinciale costituiscono accordo negoziale tra RSA e Azienda Sanitaria Provinciale, e stabiliscono puntualmente per ogni RSA i posti letto contrattualizzati, gli standard assistenziali e le tariffe riconosciute. La Tabella 3.4 riassume quanto esposto sulla disciplina di autorizzazione, accreditamento e autorizzazione.

Tabella 3.4. La disciplina di accreditamento e contrattualizzazione nelle regioni analizzate

Regioni	Accreditamento distinto da autorizzazione	Accreditamento secondo manuale AGENAS	Contrattualizzazione distinta da accreditamento
Emilia-Romagna	X		X
Friuli Venezia Giulia			X
Lazio	X		X
Liguria	X	X	X
Lombardia	X		X
Marche	X	X	X
Piemonte	X		X
Puglia	X	X	X
Sardegna	X		X
Toscana	X		X
P.A. di Trento	X		Accettazione direttiva annuale
Veneto	X		X

3.3.4 La disciplina degli standard di personale e le figure previste

In questo paragrafo si riportano sinteticamente alcune considerazioni circa le modalità di definizione degli standard di personale adottati dalle regioni e le figure professionali previste in struttura dalla norma, mentre la sezione 3.4 illustra una proposta di modello di comparazione dei diversi standard nei contesti inclusi nell'analisi. In particolare, in questa sede vengono identificati:

- i criteri guida di definizione degli standard (per titoli professionali, tipologia di attività erogata o un mix dei due);
- la modalità di quantificazione degli standard assistenziali (minuti, ore, rapporto operatori / ospiti, presenza del professionista, mix di questi criteri)
- l'unità di riferimento per la definizione dello standard (nucleo, struttura, posti letto, in rapporto agli ospiti totali).

Come illustrato in Tabella 3.5, la maggioranza delle regioni (9) fissa gli standard rispetto a categorie professionali definite, le rimanenti sulle attività svolte. La modalità di quantificazione e di unità di riferimento degli standard è variabile,

con una prevalenza di regioni che identificano i minutaggi die o settimanali da garantire per ogni ospite.

A fronte di una variabilità che in prima battuta rende non comparabili gli standard, la sezione successiva propone un modello per confrontarli in maniera coerente con le specificità dei diversi modelli di servizio esistenti. L'eterogeneità delle modalità di definizione degli standard (oltre che dei valori fissati) rende complesso il lavoro del policy maker e del gestore dei servizi oltre che dell'analista e ricercatore. La non comparabilità fa sì che si riesca difficilmente a confrontare la composizione e il mix di attività svolte, posto che la componente professionale, molto più degli aspetti definitivi e degli standard strutturali, connota il servizio reso al cittadino.

Tabella 3.5. Gli standard di personale nelle regioni analizzate: una visione di insieme

Regioni	Criteri di definizione (titoli professionali, tipologia attività o mix)	Quantificazione (Minutaggio, ore, rapporto operatori/ospiti, presenza o mix)	Unità di riferimento (nucleo, struttura, posti letto (PL), su ospiti totali)
Emilia-Romagna	Titoli professionali	Mix	Ospiti o PL
Friuli-Venezia Giulia	Titoli professionali	Mix	Per PL
Lazio	Titoli professionali	Minutaggio	Per ospite o per nucleo
Liguria	Titoli professionali	Minutaggio	Per ospite
Lombardia	Tipologia attività	Minutaggio o presenza	Per ospite
Marche	Titoli professionali	Minutaggio	Per ospite
Piemonte	Tipologia attività	Mix	Per ospite o struttura
Puglia	Titoli professionali	Mix	Per ospite o per nucleo
Sardegna	Titoli professionali	Minutaggio e ore	Per ospite e struttura
Toscana	Tipologia attività	Ore annue	Per 40 PL
PA di Trento	Titoli professionali	Mix	Mix
Veneto	Titoli professionali	Operatori/ospiti	PL

Strettamente legato agli standard è il tema della tipologia delle figure professionali richieste in struttura (Tabella 3.6). Notiamo alcuni aspetti:

- La figura del coordinatore di struttura è prevista formalmente solo in alcuni contesti. Questo è rilevante in un settore che si sta sforzando di esprimere un middle management più forte e presente e che necessita di figure in grado di raccordare le varie professionalità oltre che di presidiare gli aspetti gestionali.
- Le figure deputate all'assistenza psicologica e sociale non sono sempre parte degli standard, ma per certi profili di anziani ospiti costituiscono parte centrale del servizio reso in struttura.
- Le figure su cui c'è convergenza sono infermiere e OSS: viene dunque da chiedersi se la componente sanitaria sia l'unica su cui le regioni sono

allineate. Questo dovrebbe essere il risultato di una riflessione sui fabbisogni assistenziali degli ospiti, ma le considerazioni svolte fino a qui unite agli standard fissati mostrano che così non è.

Tabella 3.6. Le figure professionali richieste nelle RSA⁷

Regioni	Medico di struttura	Fisioterapista	Coordinatore	Infermiere	OSS	ASA	Psicologo	Educatore	Animatore	Altro (Assistenza specialistica)
Emilia Romagna	(X)*	X	X	X	X		X		X	
Friuli Venezia Giulia		X	X	X	X			X		
Lazio	X	X		X	X					
Liguria	X	X		X	X				X	
Lombardia	X	X		X	X	X		X	X	
Marche		X		X	X				X	
Piemonte				X	X			X		
Puglia	X	X		X	X		X	X		X
Sardegna	X	X	X	X	X		X	X		X
Toscana		X		X		X		X		
PA Trento	X	X	X	X	X		X	X		
Veneto			X	X	X		X	X		X

* L'assistenza medica può essere erogata dal MMG

3.3.5 Il modello di tariffazione

L'ultima dimensione comparata di analisi attiene ai modelli di tariffazione, intesi come mix tra quota sanitaria riconosciuta dall'SSR e quota di compartecipazione richiesta alle famiglie per la copertura della componente alberghiera e assistenziale del servizio, oltre all'eventuale disciplina della solvenza. Partiamo da quest'ultima: nessuna delle 12 regioni interviene nella definizione di soglie o valori di riferimento per la solvenza, lasciando ampi spazi di manovra ai gestori dei servizi nel mercato *out of pocket*, che rappresenta oggi mediamente il 9% del fatturato dei gestori (*cfr* Capitolo 1).

⁷ Per le 3 regioni che non definiscono gli standard in termini di titoli professionali, i professionisti sono stati associati alle attività / figure richieste in struttura.

Per quanto concerne la tariffa sanitaria riconosciuta ai gestori, si registrano marcate differenze nei valori stabiliti dalle regioni (Tabella 3.7), che tuttavia non sono direttamente comparabili in quanto legate a diverse configurazioni del servizio in termini di vocazione (sanitaria o socio-sanitaria) e conseguente mix e livello assistenziale richiesto. Sorprendentemente, nel caso di Marche e Puglia la tariffa è unica e non si differenzia in relazione ai diversi livelli di servizio erogati, come accade nelle rimanenti regioni analizzate.

Tabella 3.7. Modelli di tariffazione per la residenzialità socio-sanitaria per anziani

Regioni	Tariffa sanitaria (€)	Compartecipazione (€)
Emilia- Romagna	28,45 - 44,05	50,05
Friuli-Venezia Giulia	28,00 - 30,00	Non definita dalla regione
Lazio	49,20 - 59,20	Da 49,20 a 59,20
Liguria	29,14* - 57,88*	42,00
Lombardia	30,8 - 52,1	Non definita dalla regione
Marche	33,51	Non definita dalla regione
Piemonte	36,25 - 52,90	Da 35,78 a 52,22
Puglia	50,17	50,17
Sardegna	58 - 72	Da 58 a 72
Toscana	44,42 - 53,32	La regione definisce le voci imputabili al calcolo della compartecipazione
PA Trento	87,78 (<40 PL) - 76,63 (> 61 PL) + 39,12**	48,08
Veneto	49 - 56***	La regione indica l'indirizzo del 50% della tariffa complessiva

* All'interno dei nuclei di Residenza Protetta la tariffa varia da € 29,14 (punteggio AGED 10-16) a € 46,93 (punteggio AGED 16+), mentre all'interno della RSA di mantenimento la tariffa varia da € 46,93 (AGED 16+) a € 57,88 (utenti con gravi patologie involutive).

** La Provincia Autonoma di Trento definisce una tariffa sanitaria per l'RSA base a seconda del numero di posti letto presenti in struttura: strutture più piccole (>40 PL) hanno una tariffa superiore rispetto a strutture più grandi. Il valore corrisposto per l'RSA base viene incrementato di € 39,12 nel nucleo sanitario.

*** A seguito della DGR 996/2022 è prevista la riformulazione di un'unica tariffa pari a € 52,00.

Anche la compartecipazione si contraddistingue per diverse scelte dei legislatori, spaziando dal non essere in alcun modo disciplinata (es. Veneto e Lombardia), a essere fissata a valori massimi o in relazione alla tariffa SSR (es. Lazio, Friuli-Venezia Giulia), oppure slegati da essa (es. Regione Emilia-Romagna).

La tabella di confronto mostra l'ampiezza della forbice delle tariffe proposte. Questo per certi versi è naturale, vista l'eterogeneità di partenza promossa dalle diverse regioni che hanno normato servizi residenziali socio-sanitari che sembrano omogenei ma che al loro interno presentano requisiti, target di gamma di destinatari e mix di professionisti decisamente diversi. In un mondo ideale, la tariffa fissata riflette quindi queste diversità. Nel concreto, invece, le

diverse tariffe riflettono un ulteriore elemento di complessità che va ad aggiungere un tassello alla domanda: quanto è equo il sistema di residenzialità per anziani nel nostro Paese? Dietro a tariffe così diverse dobbiamo necessariamente riconoscere che ci saranno servizi a intensità e caratteristiche diverse. Lo stesso vale per la definizione della compartecipazione, che apre ulteriori spazi. Non è poi solo il quantum della tariffa ad agire sul definire quanto possa essere erogato (e sostenuto dai gestori quindi), incidono chiaramente anche le modalità di riconoscimento di queste e il sistema più ampio di finanziamento ovvero quali fattori produttivi sono eventualmente inclusi o forniti direttamente da SSR. A parità di valori, infatti, alcuni elementi (farmaci, prestazioni sanitarie, dispositivi) possono essere aggiuntivi oppure no, allargando ulteriormente la forbice tra la tariffa più bassa e più alta.

3.3.6 Il posizionamento strategico delle regioni

La lettura integrata delle scelte regionali in materia di residenzialità socio-sanitaria - in particolare dei modelli di servizio proposti, i profili target e il modello di finanziamento e tariffazione - permette di ricostruire tre diversi posizionamenti strategici rispetto alla residenzialità socio-sanitaria per anziani⁸, distribuiti lungo un continuum tra orientamento sanitario e socio-sanitario. Al di là delle etichette formali, che tipo di residenzialità socio-sanitaria hanno promosso le regioni? La Tabella 3.8 le colloca lungo i tre posizionamenti secondo le variabili precedentemente esposte.

Tabella 3.8. Caratteristiche emergenti dall'analisi delle dodici regioni per i tre posizionamenti strategici rispetto alla residenzialità socio-sanitaria per anziani non autosufficienti

	ORIENTAMENTO DEL POSIZIONAMENTO STRATEGICO		
	Sanitario	Ibrido	Socio-sanitario
Regioni considerate	Lazio Sardegna	Friuli-Venezia-Giulia Liguria Marche Puglia PA Trento	Emilia-Romagna Lombardia Piemonte Toscana Veneto
Filiera dei servizi	Cure intermedie, riabilitazione estensiva, lungo-degenza	Riabilitazione estensiva, lungo-degenza, socio-assistenziale	Socio-assistenziale, riabilitazione
Profilo di utenza	Utenti non necessariamente anziani con rilevanti bisogni sanitari, riabilitativi e socio-sanitari	Utenti anziani con rilevanti bisogni socio-sanitari, riabilitativi e di mantenimento funzionale	Utenti anziani con bisogni socio-sanitari, di mantenimento funzionale ed eventualmente riabilitativi

⁸ Si veda il Capitolo 5 del Rapporto OASI 2022 per approfondimenti.

Intensità assistenziale	Assistenza sanitaria, riabilitativa e tutelare	Assistenza tutelare e riabilitativa	Assistenza principalmente tutelare ed eventualmente riabilitativa
Tariffa	100% SSR o compartecipazione utente al 50%	100% SSR o compartecipazione utente al 50%	Compartecipazione utente al 50% o maggiore

Le regioni con orientamento sanitario hanno interpretato la residenzialità socio-sanitaria in stretta connessione con la rete ospedaliera, indicando attività (e di conseguenza standard e tariffe) coerenti con attività di riabilitazione ed alta intensità, senza dare indicazioni rispetto ad una funzione socio-sanitaria. In questi contesti si scrive RSA ma si legge setting post-acuto o sub-acuto. Aver connotato in questo modo il servizio incide sicuramente sul target accolto, che si sposta su cittadini che esprimono bisogni sanitari rischiando di trascurare gli anziani che hanno necessità di presa in carico di lungo termine e assistenziale (non connessa a patologie o fabbisogni sanitari). Questo è legittimo e importante ma dovrebbe essere appannaggio di altri servizi, appunto quelli della filiera della sanità post-acuta o territoriale che non dovrebbe sostituirsi alla filiera socio-sanitaria. Nei fatti, invece, i primi hanno assorbito gli altri, rendendo la disponibilità di servizi orientati alla non autosufficienza anziana ancora più limitati. All'opposto altre hanno scelto di orientare le strutture verso la presa in carico socio-sanitaria, prevedendo le attività sanitarie ma senza una focalizzazione su riabilitazione o servizi intensivi. Queste sono le regioni che, sulla carta, hanno più nettamente caratterizzato la residenzialità distinguendola dai setting sanitari, creando le premesse per percorsi differenziati. I territori ad orientamento ibrido, invece, grazie alla previsione di più servizi, di nuclei o di una modularità di tariffe e profili, hanno definito una rete più estesa e con capacità di presa in carico differenziata. In questo caso la residenzialità socio-sanitaria si presta da un lato a completare la filiera post acuta e della sanità territoriale, ma preserva anche la sua connotazione assistenziale distinguendo servizi e finalità di essi. Se da un lato la logica della integrazione vorrebbe servizi il più possibile trasversali ai vari setting, dall'altro continuiamo a ritenere come già scritto nei Rapporti precedenti, che al fine di integrare al meglio la presa in carico sia necessario avere chiare regole e confini che rendano possibile distinguere target, bisogni e servizi necessari. In questo senso riscontriamo che quanto emerge rispetto alla residenzialità sia in questo momento emblematico: è vero che il servizio socio-sanitario di per sé accoglie molteplici target, bisogni e servizi ma se questi non sono ben definiti e chiari al legislatore in primis come è possibile governare la rete e garantire l'accesso ai cittadini?

Da questa ricognizione emerge infatti come non si possa parlare univocamente di RSA a livello nazionale, poiché ogni regione (tra quelle incluse nelle analisi) ha associato a questo termine una pluralità di vocazioni e di unità

di offerta differenti, di cui la residenzialità socio-sanitaria è solo una delle molte, senza mettere però chiari paletti e perimetri. Infatti, RSA abbraccia in molte regioni anche servizi di cure intermedie e di riabilitazione estensiva per i quali non sussiste necessariamente il criterio dell'età anziana. È il caso delle regioni che abbiamo incluso nei gruppi a vocazione sanitaria e ibrida sanitaria/socio-sanitaria. Un secondo aspetto di complessità risiede nella scelta adottata da alcune regioni di definire i servizi di residenzialità per anziani con differenti nomi: è il caso delle Case-Residenza per Anziani dell'Emilia-Romagna, delle Residenze per anziani non autosufficienti del Friuli-Venezia-Giulia, delle Residenze protette liguri (che si aggiungono alle RSA di mantenimento garantendo assistenza sia tutelare che sanitaria pur con livelli minori) o marchigiane, oppure dei Centri di Servizio per persone anziane non autosufficienti del Veneto. Questi servizi sono del tutto analoghi a quelli definiti RSA in altre regioni. Accade che si verifichi la scelta di destinare l'etichetta RSA ad altre unità di offerta: sono infatti i casi delle RSA del Friuli-Venezia-Giulia e delle Marche, di fatto destinate a trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale, oppure l'RSA veneta destinata all'ospitalità di persone adulte con disabilità.

Se è vero che non si può parlare univocamente di RSA, lo è altrettanto l'esigenza di individuare metriche di confronto per contribuire al dibattito sullo sviluppo e indirizzo del settore. Con questo spirito, il paragrafo seguente propone un modello di comparazione degli standard di personale nelle regioni.

3.4 Standard di personale a confronto nella residenzialità socio-sanitaria

L'eterogeneità dei modelli di servizio previsti per la residenzialità socio-sanitaria aumenta ulteriormente andando a osservare aspetti specifici delle dimensioni descritte nei paragrafi precedenti. In questo paragrafo, in particolare, si esplorano e si caratterizzano le indicazioni offerte dalle diverse normative regionali con riferimento agli standard di personale minimi per l'erogazione del servizio di assistenza. Sotto questo profilo, il paragrafo precedente ha già messo in mostra come esista un'interessante eterogeneità sia con riferimento a professionalità e competenze ritenute necessarie per l'erogazione del servizio, sia osservando i criteri identificati per la loro quantificazione numerica e utili poi alla definizione degli organici dei soggetti gestori. Proprio a partire da questi criteri, applicati a quelle tipologie di servizi che nelle normative regionali e nel perimetro dei servizi socio-sanitari considerati nel paragrafo precedente vengono identificate come a più bassa e a più alta intensità assistenziale⁹, la

⁹ Ove presente bassa e alta intensità, sono stati considerati i seguenti servizi. Emilia-Romagna: bassa intensità CRA D, alta intensità CRA A; Friuli-Venezia-Giulia: bassa intensità RSA N2, alta intensità RSA N3; Lazio: bassa intensità RSA mantenimento B, alta intensità RSA

Tabella 3.9 offre una prima rappresentazione comparativa di sintesi tra modelli regionali per le due figure professionali maggiormente coinvolte nei processi di assistenza socio-sanitari, ossia il profilo infermieristico e gli operatori socio-sanitari. Per lo stesso motivo, le analisi dell'intero paragrafo fanno riferimento solo a queste due figure, idonee a rispondere alle domande di ricerca proposte in apertura di capitolo, e non considerano le altre figure previste dalle normative regionali (*cf. supra*; Tabella 3.6). Questo affondo consente di verificare se l'eterogeneità, quantomeno formale, di intensità delle figure professionali da coinvolgere e di criteri per la loro quantificazione acquisisca ulteriore slancio osservando i valori numerici previsti o si livelli al punto da mostrare una convergenza sostanziale dei modelli di servizio offerti dalle regioni. La Tabella 3.9 mostra come gli standard regionali abbiano una logica di fondo diffusamente orientata agli input a prescindere dal tipo di servizio previsto e dal suo livello d'intensità assistenziale. Le uniche parziali eccezioni riguardano la previsione (i) dell'Emilia Romagna di modificare l'intensità assistenziale del profilo infermieristico sulla base delle condizioni dell'utente e (ii) della Liguria di profilare gli utenti sulla base delle loro condizioni, costruendo su questa profilatura gli standard di servizio. La Tabella consente inoltre di evidenziare chiaramente la sostanziale eterogeneità nell'impostazione dei criteri, che si muovono tra (i) minutaggio die per ospite, (ii) rapporto operatori-ospiti/PL, (iii) monte ore complessive annue per modulo¹⁰ da erogare per profilo professionale.

mantenimento A; Liguria: bassa intensità RSA modulo residenza protetta, alta intensità RSA modulo mantenimento; Piemonte: bassa intensità RSA bassa intensità, alta intensità RSA intensità alta-incrementata; Sardegna: bassa intensità RSA R3B, alta intensità RSA R3A; Toscana: bassa intensità RSA bassa, alta intensità RSA base; PA di Trento: bassa intensità RSA base, alta intensità RSA nucleo sanitario; Veneto: bassa intensità Centro servizi livello I, alta intensità Centro servizi livello II.

¹⁰ Si tratta di un ulteriore elemento di differenziazione sotto almeno due profili: da un lato, per il fatto di considerare o meno il numero di PL per modulo come guida per definire i criteri; dall'altro, per la diversità prevista dalle normative regionali, con un numero di posti letto che lo compongono che assumono valori tra di loro sostanzialmente differenti (20, 25, 30, 40 PL).

Tabella 3.9. Gli standard previsti dalle normative regionali: profilo infermieristico e operatori socio-sanitari (OSS) per tipologia di servizio

Regione	Criterio	Profilo infermieristico		OSS	
		Bassa intensità	Alta intensità	Bassa intensità	Alta intensità
Emilia-Romagna*	Rapporto operatori/ospiti	1/12 da aumentare in relazione alle condizioni degli ospiti, comunque presenza infermieristica 24/24h	1/12 da aumentare in relazione alle condizioni degli ospiti, comunque presenza infermieristica 24/24h	1/3,1	1/1,8
Friuli-Venezia Giulia	Minutaggio die per ospite	4	17	70	100
Lazio*	Minutaggio die per ospite	20	45	80	95
Liguria	Minutaggio die per ospite	9	26	61	88
Lombardia	Rapporto operatori/ospiti	1/18		1/3	
Marche	Minutaggio die per ospite	20		80	
Piemonte	Minutaggio die per ospite	8	46	72	134
Puglia	Rapporto operatori/ospiti	1,5-2 unità per nucleo		5 unità per nucleo	
Sardegna*	Minutaggio die per ospite	16	25	88	142
Toscana	Monte h annuali per modulo	3.268	6.536	24.510	32.680
PA di Trento	Rapporto operatori/posti letto	6 infermieri fino a 60 PL, 1 infermiere aggiuntivo ogni 10 PL in più	1 infermiere aggiuntivo ogni 10 PL	1/2,1	1/1,5 PL
Veneto**	Rapporto operatori/ospiti	1 ogni 15	1 ogni 12	1/2,5	1/2,4

* È inoltre presente un'indicazione puntuale sulla presenza del coordinatore, non inclusa nelle analisi.

** A seguito della DGR 996/2022 è prevista la riformulazione di un'unica unità di offerta. Si veda nota 9 per elenco completo dei servizi inclusi.

Per superare l'eterogeneità nell'impostazione dei criteri impiegati per la definizione degli standard di personale infermieristico e OSS, le analisi che seguono provano a tradurre i valori appena osservati in una lingua comune e omogenea, che permetta di operare dei confronti attraverso l'uso di una metrica comparabile. Convertendo i valori a standard previsti dalle normative in minuti die per utente¹¹, le Figure che seguono consentono di confrontare l'intensità assistenziale attesa nei diversi contesti regionali e per profilo di servizio considerato.

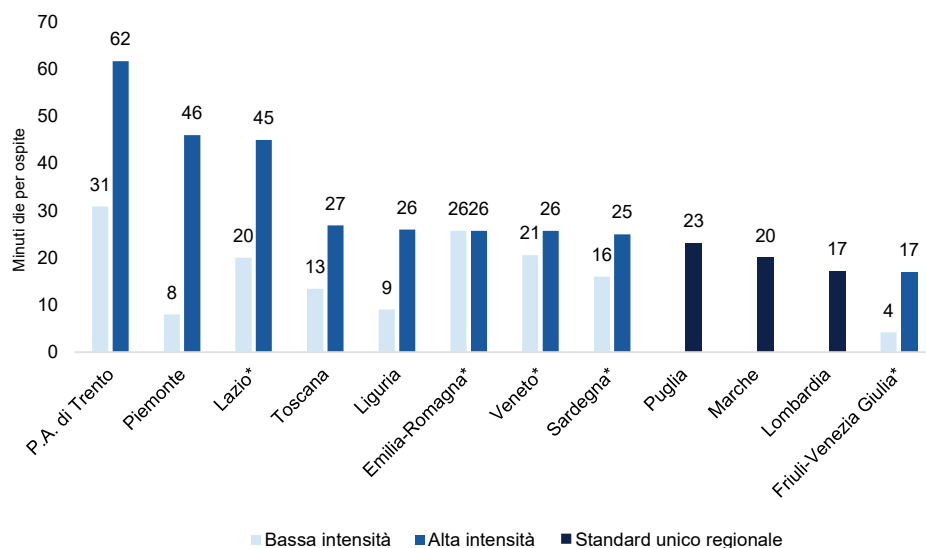
In particolare, la Figura 3.3 mostra i minuti die per utente del personale infermieristico differenziando per regione e profilo di servizio e la Figura 3.4

¹¹ La metrica è stata omogeneizzata applicando i seguenti criteri:

- (i) Quando lo standard faceva riferimento ai minuti die per ospite, è stato mantenuto il valore indicato dalla normativa regionale.
- (ii) Quando lo standard era espresso in monte ore annuali per modulo, è stato rapportato tale valore al numero di posti letto di cui si componeva il modulo per ottenere le ore annue per posto letto. Quindi, è stato rapportato tale valore ai 365 giorni di cui si compone un anno solare ottenendo le ore die di assistenza per posto letto, a loro volta poi convertite in minuti. Dato il tasso di saturazione dei posti letto accreditati del settore pressoché pari al 100%, il posto letto è stato equiparato al singolo utente.
- (iii) Quando lo standard era espresso come rapporto operatori-ospiti, il minutaggio per die è stato ricavato applicando il suddetto rapporto al monte ore settimanale per profilo professionale previsto dal CCNL pubblico (36h per le figure considerate nel paragrafo). In ottica prudenziale, la scelta di applicare questa formula contrattuale è stata dettata dalla volontà di ancorare le analisi a un valore fisso di riferimento, che nel caso della contrattualistica privata, tipicamente ma non necessariamente con un monte settimanale di 38h, avrebbe offerto dei valori non perfettamente comparabili. A titolo esemplificativo, nel caso di un rapporto 1 operatore ogni 2,5 ospiti, sono state dapprima calcolate le ore per utente previste settimanalmente ($36/2,5 = 14,4h$), poi trasformate in ore die per utente immaginando un servizio continuativo erogato 7 giorni alla settimana ($14,4/7 = 2,05$), quindi convertite in minuti ($2,05*60' = 123'$). Si specifica che l'applicazione del monte ore settimanale previsto dalla contrattualistica privata porterebbe a un aumento dei minuti die per la fattispecie in questione di circa il 5,6%: nell'esempio appena fornito, i minuti die sarebbero pertanto pari 130 invece che 123.
- (iv) Quando lo standard era espresso come rapporto operatori-posti letto è stata applicata la medesima metodologia del punto (iii) alla luce del fatto che il tasso di saturazione dei posti letto accreditati del settore è pressoché pari al 100%, con conseguente equiparazione del posto letto al singolo utente.

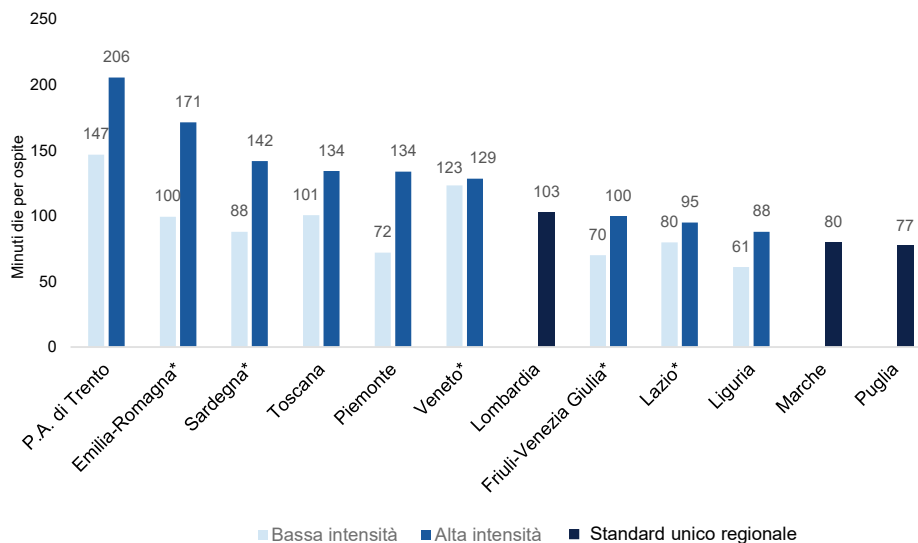
mostra le medesime dimensioni di analisi per gli operatori socio-sanitari. Emerge nitidamente come i valori osservati siano tra loro decisamente eterogenei, sebbene questa differenziazione tenda a essere meno marcata per il profilo infermieristico nel caso di servizi ad alta intensità (con valori che tendono ad avvicinarsi per Toscana, Liguria, Emilia Romagna, Veneto, Sardegna, Puglia, Lombardia e Friuli Venezia Giulia). Più dispersa e meno omogenea è invece la previsione di operatori socio-sanitari sia confrontando i contesti regionali (dagli oltre 200 minuti die per ospite della PA Trento ai 77 previsti dalla Puglia) che i profili di servizio interni alle singole realtà regionali (es. PA Trento: 206 minuti die per ospite per i servizi ad alta intensità assistenziale, 147 per quelli a bassa intensità; Piemonte: 134 vs 72 minuti). In più, fatta parzialmente eccezione per l'Emilia Romagna, che prevede un'intensità assistenziale variabile sulla base delle condizioni del paziente per quanto concerne il profilo infermieristico (*cf supra*), si segnala anche in questo frangente come le differenze appena osservate non siano comunque collegate a fabbisogni assistenziali dell'utenza in termini di condizioni pregresse e fabbisogno assistenziale espresso.

Figura 3.3. Standard del personale a confronto: minuti die per ospite del profilo infermieristico per contesto regionale e intensità assistenziale del servizio considerato



* È inoltre presente un'indicazione puntuale sulla presenza del coordinatore, non inclusa nelle analisi. Si veda nota 9 per elenco completo dei servizi inclusi.

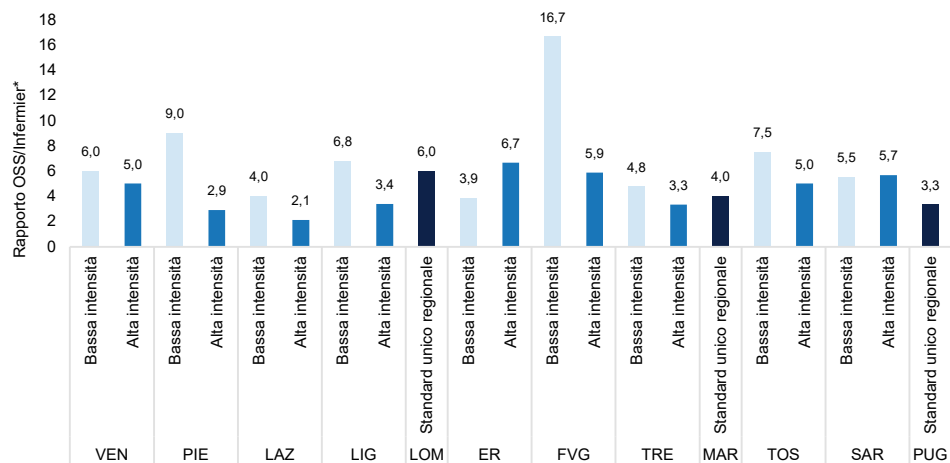
Figura 3.4. Standard del personale a confronto: minuti die per ospite degli operatori socio-sanitari per contesto regionale e intensità assistenziale del servizio considerato



* È inoltre presente un'indicazione puntuale sulla presenza del coordinatore, non inclusa nelle analisi. Si veda nota 9 per elenco completo dei servizi inclusi.

Provando a mettere in relazione tra loro le dimensioni di analisi proposte dalle due Figure appena presentate, la Figura 3.5 mostra lo staff mix teorico per alta e bassa intensità assistenziale del servizio, espresso dal rapporto tra infermieri e operatori socio-sanitari, e il relativo grado di intensità di assistenza infermieristica espresso dalla normativa. In particolare, la tesi qui proposta è che più è elevato il valore del rapporto considerato più è contenuto il grado di sanitarizzazione teorico previsto e viceversa (ovvero è minore il numero di operatori sanitari, infermieri, in rapporto agli OSS). Le evidenze che la Figura restituisce fanno riferimento a tre ordini di fattori: (i) a parità di intensità assistenziale di servizio previsto, la marcata eterogeneità interregionale (es. su alta intensità si va dal 2,1 del Lazio al 6,7 dell'Emilia Romagna); (ii) fatta eccezione per l'Emilia Romagna e Sardegna, il maggiore peso relativo degli operatori socio-sanitari rispetto al profilo infermieristico nel caso di servizi a bassa intensità assistenziale (dal 4,0 del Lazio ai 16,7 del Friuli Venezia Giulia), a testimoniare il maggior grado di sanitarizzazione comunque previsto per profili di servizio che vogliono rivolgersi a profili di utenza maggiormente fragili; (iii) la tendenza dei modelli regionali a "standard unico" (Lombardia, Marche, Puglia) a posizionare il proprio valore mediamente tra i valori dei servizi a bassa e alta intensità assistenziale delle altre regioni.

Figura 3.5. Standard di personale a confronto: il rapporto tra operatori socio-sanitari e infermieri previsto dalle normative regionali (staff mix)

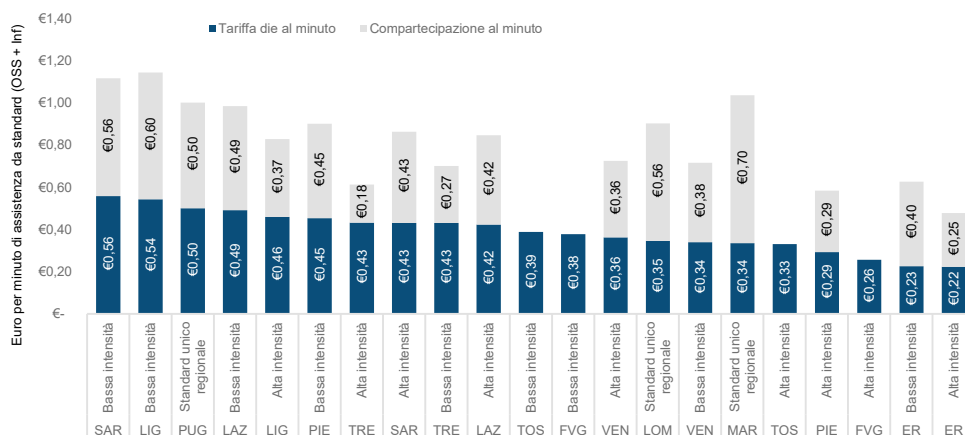


Si veda nota 9 per elenco completo dei servizi inclusi.

Infine, il paragrafo prova a mettere in relazione standard di personale e valore monetario corrisposto ai soggetti gestori per l'erogazione del servizio (come sommatoria di tariffe e compartecipazione richiesta agli utenti). Vista la rilevanza della componente professionale nell'impattare sulla sostenibilità economico-finanziaria dei soggetti che operano nel settore (67% dei costi della produzione, rilevazione survey OLTC 2014), la Figura 3.6 offre in questo senso evidenza del corrispettivo in euro al minuto riconosciuto se personale infermieristico e OSS fossero gli unici fattori produttivi impiegati. La Figura fa emergere alcune differenze legate a scelte di postura dei diversi policy maker regionali. Da un lato, infatti, i valori unitari totali al minuto sono tra di loro eterogenei e non necessariamente collegati ai minutaggi previsti. Sotto questo profilo, si segnalano ad esempio i casi di alta intensità della Liguria, standard unico della Lombardia e bassa intensità dell'Emilia Romagna, dove, a fronte di minutaggi die per ospite complessivi simili (rispettivamente pari a 114, 120 e 125), si osservano corrispettivi al minuto per die divergenti sia guardando alla tariffa pubblica (0,45; 0,35; 0,23 euro al minuto) che al valore totale comprensivo della compartecipazione degli utenti, per come rilevata da dato medio regionale nel caso della Lombardia (0,82; 0,90; 0,63). Dall'altro, ad eccezione del Veneto, i servizi a bassa intensità assistenziale registrano valori al minuto più contenuti rispetto a quelli ad alta intensità assistenziale in tutte le realtà considerate, in virtù del fatto che nelle due tipologie di servizi varia maggiormente il tempo di erogazione previsto dalle figure professionali, mentre i valori tariffari e di compartecipazione tendono a essere più omogenei tra loro. Ancora, il valore del rimborso tariffario

a carico del soggetto pubblico è differenziato tra contesti regionali (dai 0,22 e 0,23 euro al minuto dell'Emilia Romagna rispettivamente per servizi ad alta e bassa intensità assistenziale, ai 0,55 euro al minuto per servizi a bassa intensità assistenziale della Sardegna), ma in maniera meno marcata del valore unitario al minuto di compartecipazione richiesto all'utenza, che si muove in un range più ampio e compreso tra i 0,18 euro dei servizi ad alta intensità della P.A. di Trento ai 0,70 euro delle Marche (standard unico regionale). Questo secondo aspetto sembra segnalare il grado di propensione del regolatore regionale a “scaricare” parti più o meno consistenti del processo erogativo di presa in carico sulla capacità di spesa delle famiglie ancorando tale scelta non tanto agli standard previsti in senso stretto, ma al sistema di attese della comunità di riferimento in cui il policy maker opera. Al contrario, non sembra esserci una connessione diretta o quantomeno proporzionale tra valori unitari più elevati e previsione della normativa regionale di un impegno significativo da parte di altre figure professionali diverse da infermieri e OSS.

Figura 3.6. Un confronto tra standard di personale e corrispettivo riconosciuto ai soggetti gestori (tariffe e compartecipazione)*: valori al minuto in euro per contesto regionale e intensità assistenziale del servizio, ordinati per tariffa die al minuto.



Si veda nota 9 per elenco completo dei servizi inclusi.

* Con riferimento ai valori considerati nella Figura, si specifica che: (i) in assenza di indicazioni puntuali esplicitate nelle normative regionali né di altra fonte secondaria, non è stato possibile inserire il valore al minuto della compartecipazione per Toscana e Friuli Venezia Giulia; (ii) laddove la normativa non offriva valori puntuali, ma è stato possibile utilizzare valori derivanti da precedenti analisi sul campo (Veneto su compartecipazione; Lombardia su tariffa sanitaria) o da intervista condotta in sede di validazione nel presente lavoro (Marche su compartecipazione), sono invece stati inclusi i valori corrispondenti; (iii) laddove, infine, la normativa indicava dei range di valori in corrispondenza di singole unità di offerta e non erano disponibili rilevazioni o analisi sul campo, è stato considerato il valore medio tra gli estremi minimo e massimo del range (Liguria su tariffa die al minuto; Lombardia su compartecipazione).

3.5 Sintesi e riflessioni su normative regionali e servizi residenziali socio-sanitari italiani

Il contesto e l'ambiente di riferimento rappresentano due elementi significativi nel definire l'ecosistema in cui gli attori operano e nell'influenzarne i comportamenti nell'arena di gioco in cui si muovono. Da cui la rilevanza che acquisisce il policy making regionale nell'operare le proprie scelte in sistemi decentrati improntati su logiche di quasi-mercato. Sono diversi i livelli e le modalità di influenza attivabili: si va dall'equilibrio tra il profilo di responsabilità mantenuto dall'ente regolatore e trasferito sul livello degli erogatori, l'equilibrio tra le funzioni da assolvere centralmente nella definizione della mission istituzionale di sistema e quelle da assegnare ai player nella concreta interpretazione di quella stessa mission in logica sistemica, fino agli strumenti da impiegare per orientare i comportamenti degli attori ed esercitare il proprio ruolo di governo e guida. Proprio guardando agli strumenti a disposizione, il capitolo ha mostrato come questi si declinino nel mondo socio-sanitario analizzando le normative regionali che definiscono il perimetro dei servizi da erogare, i relativi standard di funzionamento e le scelte di allocazione e redistribuzione delle risorse. Dall'analisi è emerso chiaramente come solo raramente vi sia un effettivo collegamento tra le caratteristiche del bisogno espresso dall'utenza e/o dai richiedenti e la configurazione dei modelli di servizio, ambiti che invece crescentemente sono considerati come *milestones* per la costruzione di un'offerta appropriata rispetto al case-mix dell'utenza e alla multidimensionalità necessaria per la risposta (vedi Harrington et al, 2020) o agli effetti sulla qualità del servizio nello staffare i profili professionali (Castel & Anderson, 2011). Dunque, a prescindere da eventuali e specifiche differenziazioni di postura sulla configurazione dell'offerta legate alla regionalizzazione delle scelte, esiste un tema ampio e diffuso di collegamento tra risorse, processi e risultati conseguiti in termini di benefici per l'utenza ancora poco presidiato. Più nello specifico, appare debole il meccanismo che lega selezione e allocazione delle risorse di sistema a monte (fondamentalmente legate a generiche logiche di *input*), risultati conseguiti a valle (in termini di *outcomes* e/o benefici generati sull'utenza rispetto alle specifiche condizioni dei soggetti presi in carico e del relativo livello di fragilità) e modalità di organizzazione di attività e profili di servizio per conseguirli (da intendersi ad esempio in termini di livello di integrazione della rete di assistenza, di bilanciamento dei contributi forniti dai vari attori, di processi operativi di assistenza immaginati, di competenze professionali previste e richieste). Rappresentano parziali eccezioni rispetto a questo aspetto alcuni elementi a macchia di leopardo osservati nelle regioni analizzate:

- L'Emilia Romagna prevede di far variare l'intensità dell'intervento della figura infermieristica sulla base delle condizioni dell'utente.
- La Liguria prevede la profilatura degli utenti sulla base delle loro condizioni e, quantomeno in via teorica, gli standard previsti dovrebbero riflettere un'intensità assistenziale maggiormente ancorata al profilo di bisogno cui il servizio vuole rivolgersi.
- Il sistema SOSIA della Lombardia, sebbene non definisca le soglie con cui profilare il servizio e le sue specificità, riconosce un riconoscimento differenziato per profilo di utenza.

Si tratta, comunque, di aspetti ed elementi esplicitati dalle normative regionali di riferimento che non necessariamente si traducono in maniera sostanziale, in fase di implementazione, in effettiva modalità di presa in carico e gestione del servizio.

È evidente come l'orientamento di fondo indotto dal policy maker regionale sia particolarmente rilevante in un contesto dove esso opera come regolatore da un lato e come committente di enti gestori dall'altro. In questo secondo caso, l'impressione è che raramente si attivino riflessioni congiunte di politica industriale sul comparto, dove crescentemente e in maniera spontanea si sviluppano strategie di concentrazione dell'offerta indotta dalle possibilità di *scaling up* dei gestori più che da una volontà chiara del livello regionale. Sotto questo profilo, la stessa diversificazione delle scelte regionali diventa per i gestori un fattore su cui creare meccanismi compensativi di gruppo su cui costruire l'aumento delle dimensioni dei principali player del settore. Da questa analisi, sembra che il ruolo che il decisore pubblico assume nel definire le barriere all'ingresso del settore (autorizzazioni e accreditamenti) e su come agire per ridurre alcune (accesso a risorse finanziarie per piani di investimento e sviluppo) abbia meno rilevanza rispetto al governo dei requisiti minimi di offerta su cui costruire il profilo di servizio (standard). Questa postura, oltre a non considerare adeguatamente le condizioni di ingresso e permanenza degli utenti nella predisposizione e successiva valutazione del livello dei servizi erogati, ha anche insita un dicotomia di fondo rispetto alla quale i sistemi tendono a rimanere impliciti: gli input su cui le normative regionali vengono costruite comprimono lo spazio manageriale e l'autonomia aziendale dei soggetti gestori o rappresentano dei punti minimi di riferimento cui ispirarsi per poi operare scelte personalizzate di sviluppo dei propri modelli di servizio? Su questo punto, il Capitolo 4 del Rapporto prova a offrire delle risposte e propone delle riflessioni a partire dai dati raccolti da un campione di soggetti gestori.

Stante questa prassi di fondo diffusa, è interessante notare come la declinazione operativa della caratterizzazione dei servizi e dei relativi standard di funzionamento appaia estremamente variegata, all'interno peraltro di un sistema dichiaratamente universalistico ma ampiamente dominato da scelte locali

di differenziazione dell'offerta e di modalità di risposta al bisogno. Questo vale anche e soprattutto con riferimento al personale da staffare in seno alle strutture per l'erogazione dei servizi di assistenza residenziale. Le regioni italiane propongono diverse tipologie di strutture residenziali riconducibili – pur con le cautele espresse nel par. 3.3 – a RSA, in cui un elemento che comunque accomuna i servizi è la notevole varietà di standard di personale all'interno delle singole tipologie, dove ogni regione ha scelto un proprio indirizzo anche rispetto a quelle figure tipicamente impiegate nei processi di presa in carico. Questa entropia normativa si riflette in questo senso nell'assenza di un rapporto lineare tra livelli di intensità assistenziale, espressa dalla quantificazione teorica dei profili professionali, e posti letto relativizzati al fabbisogno (per 100 over 75 non autosufficienti, cfr Capitolo 1). A modelli sanitari, ibridi o socio-sanitari corrispondono dimensionamenti di organico teorici variegati e non coerenti con i profili di offerta proposti dalle normative di riferimento e si osservano valori elevati di dimensionamento di profili infermieristici e OSS a prescindere dal fatto che il modello regionale sia più o meno orientato alla “sanitarizzazione” del servizio.

I potenziali spazi di convergenza e di confronto comuni dettati ad esempio da un'unica cornice istituzionale nazionale che provi a definire alcune caratteristiche di massima, valide a prescindere dal contesto regionale o, ancora, la spinta a omogeneizzare presa in carico e sviluppo dei processi assistenziali a partire dalle prassi condivise dalla componente professionale, appaiono poco presidiati o lasciati spontaneamente all'auto-organizzazione di quei player che operano a scavalco su più contesti regionali. La loro carenza tende a far aumentare l'entropia nelle configurazioni di servizio presenti nel Paese, riduce la possibilità di applicare più diffusamente logiche di *benchmarking* e *benchlearning* interregionale e lo scambio di best practices tra contesti e, nella prassi, produce sovraccarichi di funzioni da svolgere in capo all'ente regionale che nei fatti ne comprime lo spazio di “imprenditorialità” nel disegno dei modelli assistenziali in coerenza con altri ecosistemi interdipendenti (es. il mondo sanitario e del sistema salute in senso lato), ampliando invece l'esercizio della funzione di controllo su parametri di input e poco orientati al monitoraggio dell'efficacia della propria offerta erogativa.

Esistono comunque degli elementi di convergenza e lettura comune: ad esempio, dove la quota di compartecipazione è più modesta, si osserva una maggiore linearità tra minutaggi complessivi di infermieri e OSS previsti dalla normativa e remunerazione complessiva del servizio. In questi casi vi è anche una maggiore propensione a sanitarizzare il servizio, che mostra come non sia il mix professionale di per sé il driver che guida la definizione dei valori monetari corrisposti ai gestori.

Ad ogni modo, è chiaro che definire standard legati a misure di input in logica prestazionale e non collegate al bisogno (sia in ingresso che durante la

permanenza degli utenti) in ottica assistenziale si configura come un limite rilevante dell'attuale assetto del comparto, che riduce lo spazio per riflessioni strutturate sull'evoluzione dei modelli di servizio e sulla ridefinizione dei perimetri professionali per rispondere alla carenza di profili sul mercato del lavoro. A questi elementi se ne accompagnano almeno altri due di estremo rilievo: da un lato, l'assenza di metriche e indicatori di presa in carico appropriata a cui ancorare configurazione dei profili di offerta; dall'altro e strettamente collegato al primo, la differenziazione dei valori tariffari che ad oggi non è evidentemente determinata da efficacia di presa in carico né da input effettivamente previsti. La scelta in questo caso è legata al come il policy maker regionale interpreta il valore tariffario nell'allocazione delle risorse nel sistema e di definire se queste debbano insistere su finalismi legati (i) alla mera copertura dei fattori produttivi impiegati (quindi ancorate agli input proposti dagli standard attuali, aspetto che oggi appare comunque non presidiato), (ii) alle quote di compartecipazione e quindi al meccanismo di integrazione delle risorse sulla base del sistema di attese del contesto in cui si opera o (iii) all'efficacia di presa in carico di servizi che dovrebbero restituire un simile livello assistenziale. L'auspicio è che da un modello centrato prevalentemente sul primo approccio, si passi a un sistema in grado di ancorare la remunerazione, o parte di essa, all'efficacia dei servizi e nella loro capacità di rispondere ai bisogni presenti sul territorio.

Bibliografia

Harrington C., Dellefield M.E., Halifax E., Fleming M.L., Bakerjian D. (2020), Appropriate Nurse Staffing Levels for U.S. Nursing Homes, *Health Services Insights*, Vol. 13: 1–14, <https://doi.org/10.1177/1178632920934>

Castle N.G., Anderson R.A. (2011), Caregiver Staffing in Nursing Homes and Their Influence on Quality of Care: Using Dynamic Panel Estimation Methods, *Medical Care*, Vol. 49, No. 6: 545-552, <https://www.jstor.org/stable/23053761>

Appendice 1. La normativa regionale analizzata

Re- gione	Atto n.	Oggetto
Emilia- Roma- gna	Det. n. 7108/1999	Procedure e criteri sulle persone anziane non autosufficienti ospiti di strutture residenziali ai sensi della DGR 1378/1999
	DGR n. 564/2000	Direttiva regionale per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori, portatori di handicap, anziani e malati di aids, in attuazione della L.R. 12/10/1998, n. 34.
	DGR n. 840/2008	Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali e l'assistenza al domicilio per le persone con gravissima disabilità nell'ambito del FRNA e della DGR 2068/04.
	DGR n. 514/2009	Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari
	DGR n. 1423/2015	Integrazione e modifiche alla DGR 564/2000 in materia di autorizzazione al funzionamento.
	DGR n. 273/2016	Approvazione sistema di remunerazione dei servizi socio-sanitari accreditati provvisoriamente e/o definitivamente
	DGR n. 1429/2019	Adeguamento provvisorio della remunerazione dei servizi socio-sanitari accreditati ai sensi della DGR n. 273/2016 e s.m.i
Friuli- Vene- zia-Giu- lia	LR n. 10/1997	Disposizioni per la formazione del Bilancio pluriennale ed annuale della Regione - Testo coord. alla Legge Regionale 26 novembre 2021 n.20
	DGR n. 2052/2010	LR 10/1998, art 4 Aggiornamento del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.
	DPR n. 0144/2015	Regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani
	DGR n. 2151/2015	LR 17/2014, art 23. DGR 2673/2014 - linee guida per la gestione delle residenze sanitarie assistenziali
	DGR n. 817/2016	LR 17/2014, art 23. DGR 2151/2015 - approvazione procedura e requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle RSA con livello assistenziale riabilitativo. modifica DGR 650/2013.
	DPR n. 0290/2017	Regolamento di modifica al regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani, emanato con Decreto del Presidente della Regione 13 luglio 2015, n. 144.
	DGR n. 429/2018	Modifiche al sistema di finanziamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti
	DGR n. 124/2020	LR 10/1998 Modifiche al sistema di finanziamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti
Lazio	DCA n. U0008/2011	Modifica dell'Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato «Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie
	DCA n. U00039/2012	Assistenza Territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale”

	DCA n. U00099/2012	Assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane. Corrispondenza tra tipologie di trattamento e nuclei assistenziali e relativi requisiti minimi organizzativi.
	DCA n. U00333/2015	Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2015 per le prestazioni erogate da strutture private accreditate con onere a carico del SSR: 1) Riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; 2) Assistenza neuropsichiatrica territoriale; 3) RSA (di nuova attivazione)
	DCA n. U00073/2016	Revoca del DPCA n. U00105 del 9.4.2013. Approvazione dei requisiti minimi dell'assistenza territoriale residenziale riferiti alla tipologia di trattamento estensivo per persone non autosufficienti, anche anziane.
	DCA n. U00009/2016	Definizione delle tariffe per l'assistenza residenziale estensiva e assistenza residenziale e semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo comportamentali gravi rivolta a persone non autosufficienti anche anziane
	DCA n. U00060/2016	Modifica del Decreto del Commissario ad acta n. U00009/2016 avente ad oggetto "Definizione delle tariffe per l'assistenza residenziale estensiva e assistenza residenziale e semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo comportamentali gravi rivolta a persone non autosufficienti anche anziane"
	DGR n. 790/2016	Modifiche alla legge regionale 14 luglio 2014, n. 7, relative alle disposizioni in materia di compartecipazione alla spesa sociale per le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento, in regime residenziale e semiresidenziale.
	RR n. 20/2019	Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione, di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e socio-sanitarie in attuazione dell'articolo 5, comma 1, lettera b), e dell'articolo 13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modifiche. Abrogazione del regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2 in materia di autorizzazione all'esercizio e del regolamento regionale 13 novembre 2007, n. 13 in materia di accreditamento istituzionale
Liguria	DGR n. 862/2011	Riordino del sistema della residenzialità e semiresidenzialità extraospedaliera. Abrogazione della DGR n. 969/2008 "Riordino del sistema tariffario per la residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria. Abrogazione della DGR n. 308/2005
	DGR n. 1749/2011	Integrazione e parziali modifiche alla D.G.R. 862 del 15 luglio 2011 sulla residenzialità extraospedaliera
	DGR n. 941/2012	Integrazioni e parziali modifiche alla DGR 15 luglio 2011 n. 862 e ss.mm.ii. in materia di residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria
	LR n. 17/2016	Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria
	LR n. 27/2016	Modifiche alla Legge Regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (riordino del servizio sanitario regionale) e alla legge regionale 29 luglio 2016, n. 17 (istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria)
	LR n. 9/2017	Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie con riordino delle normative precedenti senza impatto su rette e standard assistenziali.

	DGR n. 1188/2017	Approvazione dei documenti in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali: elenco tipologie strutture; requisiti e procedure per l'autorizzazione
	DGR n. 944/2018	Approvazione dei documenti in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali: requisiti e procedure per l'autorizzazione
	DGR n. 945/2018	Approvazione revisione e aggiornamento procedure di accreditamento istituzionale
	Delib. A.Li.Sa n. 73/2018	Contratti con i soggetti erogatori accreditati dei servizi sanitari e socio-sanitari. Approvazione documento recante "Modalità applicative del programma operativo", schema tipo degli accordi contrattuali e indicatori di qualità
Lombardia	DGR n. 7435/2001	Attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31. "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)" (a seguito di parere della III commissione consiliare)
	DGR n. 12618/2003	Definizione degli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani (RSA) e prima revisione del sistema di remunerazione regionale (in attuazione della DGR n. 7435 del 14.12.2001)
	DGR n. 2569/2014	Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo (a seguito di parere della commissione consiliare relativamente all'allegato 1) - (atto da trasmettere al consiglio regionale)
	DGR n. 5340/2021	Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2021 con particolare riferimento alla rete delle unità di offerta sociosanitarie territoriali
Marche	DRG. n. 1011/2013	Definizione degli standard assistenziali e dei criteri di rilevazione dei costi gestionali della residenzialità e semiresidenzialità delle aree sanitarie extraospedaliere e socio-sanitaria nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale
	DGR. n. 1331/2014	Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed Enti gestori - modifica della DGR 1011/2013
	LR n. 21/2016	Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari, e sociali pubblici e privati
	RR n. 1/2018	Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell'articolo 7, comma 3, della legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati".
	DGR n. 1572/2019	LR n. 21/2016, e ss.mm.ii, Capo III, Art. 16 Manuale di Accreditamento per le strutture sanitarie e socio -sanitarie previste all'articolo 7, comma 1, lettere a), b), c), d) e comma 2
	DGR n. 938/2020	LR n. 21/2016 art. 3 comma 1 lett. b) - Manuale Autorizzazione Strutture sanitarie extraospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale (parte C: Requisiti specifici delle strutture per Anziani/Fragilità, Adulti (Hospice-Malati HIV))".
Piemonte	DGR n. 25-12129/2009	Requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie.

	DGR n. 62-13647/2010	Istituzione del Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome.
	DGR n.45-4248/2012	Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni.
	DGR n.85-6287/2013	Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012.
	DGR n.24-3692/2021	L.R. n. 3 del 26.01.2021. Modifica della D.G.R. n. 13-2888 del 19.02.2021, relativa all'approvazione delle modalita' di erogazione delle integrazioni tariffarie ai sensi dell'art. 5 della L.R. 3/2021. Revisione delle tariffe per prestazioni di assistenza residenziale di cui alla D.G.R. n. 85-6287 del 2 agosto 2013.
Puglia	R.R. n. 4/2007	Regolamento Regionale attuativo della legge regionale 10 luglio 2006, n. 19. (testo aggiornato al maggio 2019)
	LR n. 9/2017	Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private
	LR n. 65/2017	Modifiche alla legge regionale 2 maggio 2017, n. 9 (Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private)
	L.R. n. 53/2018	Modifiche alla legge regionale 12 dicembre 2017, n. 53 (Riorganizzazione delle strutture socio-sanitarie pugliesi per l'assistenza residenziale alle persone non autosufficienti. Istituzione RSA ad alta, media e bassa intensità assistenziale) e integrazioni alla legge regionale 2 maggio 2017, n. 9 (Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private)
	RR n. 4/2019	Regolamento regionale sull'Assistenza residenziale e semiresidenziale ai soggetti non autosufficienti - Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) estensiva e di mantenimento- Centro diurno per soggetti non autosufficienti
	RR n. 16/2019	Disposizioni in materia di accreditamento - approvazione manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie
	DGR n. 1512/2020	Regolamenti regionali n. 4 e 5 del 2019 — Approvazione tariffe regionali per le prestazioni sociosanitarie erogate dalle strutture sociosanitarie per soggetti non autosufficienti e disabili.
	DGR n. 587/2022	R.R. n. 4/2019 e R.R. n. 5/2019 - Fondo di remunerazione regionale per l'acquisto di prestazioni da RSA e Centri diurni per soggetti non autosufficienti e disabili valevole per l'anno 2022
Sardegna	DGR n. 25-6/2006	Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati.
	DGR n. 10-43/2009	Linee di indirizzo in materia di cura e assistenza alle persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica e/o in ventilazione assistita
	DGR n. 32-73/2012	Delib.G.R. n. 10/43 del 11.2.2009 "Linee d'indirizzo in materia di cura e assistenza alle persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica e/o in ventilazione assistita". Applicazione della tariffa per prestazioni erogate in RSA
	DGR n. 22-24/2017	Modifica ed integrazione dei requisiti minimi organizzativi delle Residenze sanitarie assistenziali e dei Centri diurni integrati. Aggiornamento delle "Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati". Aggiornamento del sistema tariffario delle prestazioni assistenziali erogate presso le residenze sanitarie assistenziali.

	DGR n. 6-9/2021	Deliberazione della Giunta regionale n. 22/24 del 3.5.2017 "Modifica ed integrazione dei requisiti minimi organizzativi delle Residenze sanitarie assistenziali e dei Centri diurni integrati. Aggiornamento delle "Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati. Aggiornamento del sistema tariffario delle prestazioni assistenziali erogate presso le residenze sanitarie assistenziali". Sostituzione allegato 1 per la parte relativa ai requisiti minimi organizzativi.
To-scana	DGR n. 402/2004	Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P.S.R. 2002/2004 di cui alla delib. C.R.T n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitaria sanitaria nelle RSA
	DGR n. 995/2016	Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione di prestazioni a favore di anziani non autosufficienti in attuazione della DGR 398/2015
	DGR n. 1481/2018	Adeguamento dal 1° gennaio 2019 della quota sanitaria del modulo per la non autosufficienza stabilizzata, tipologia base, all'interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)
	DGR n. 949/2018	Modifiche al DPGR 9 gennaio 2018, n. 2/R (Regolamento di attuazione dell'art. 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"). Approvazione definitiva
	DGR n.1239/2021	Modifica della deliberazione GR n. 245 del 15 marzo 2021 avente ad oggetto: "Articolo 3, commi 5 e 6 della l.r. 82/2009: approvazione dei requisiti specifici delle strutture residenziali, semiresidenziali e dei servizi per l'assistenza domiciliare ai fini dell'accredimento e degli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti"
PA Trento	DPP n. 3-78/2018	Regolamento di esecuzione degli articoli 19, 20 e 21 della legge provinciale 27 luglio 2007, n. 13 (Politiche sociali nella provincia di Trento) in materia di autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei soggetti che operano in ambito socio assistenziale
	DGP. n. 2230/2021	Approvazione delle "Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2022 e relativo finanziamento"
Veneto	DGR n. 702/2001	Linee guida regionali per la definizione e la standardizzazione degli approcci assistenziali ai pazienti in Stato Vegetativo (SV)
	DGR n. 2208/2001	Linee guida regionali per la definizione e la standardizzazione degli approcci assistenziali in materia di demenza senile tipo Alzheimer nelle strutture residenziali extraospedaliere
	DGR n. 84/2007	L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" - Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accredimento e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali.
	DGR n. 57/2010	Residenzialità extraospedaliera per anziani non autosufficienti e disabili accolti nei Centri di Servizio residenziali. Anno 2010.
	DGR n. 2621/2012	L. 7 agosto 2012, n. 135 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" (c.d. spending review): ulteriori determinazioni per l'anno 2012 e seguenti.
	DGR n. 1231/2018	Approvazione del nuovo schema tipo di accordo contrattuale per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le aziende ULSS e i Centri

		di Servizi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 17, comma 3 della LR n. 22 del 2002 e dell'articolo 8-quinquies del D.lgs. n. 502 del 1992.
	DGR n. 996/2022	Aggiornamento della programmazione del Fondo regionale della non autosufficienza (FRNA) per l'area anziani con aggiornamento dei fabbisogni e della programmazione. Deliberazione nr. 73/CR/2022

Appendice 2. Schede regionali


L'intento delle Schede regionali di seguito riportate è fornire una rappresentazione sintetica propedeutica ad un confronto interregionale dei servizi di residenzialità socio-sanitaria per anziani non autosufficienti.

A questo scopo, per ognuna delle dodici regioni oggetto dell'analisi del presente capitolo, sono di seguito riportati unicamente i servizi a target di utenza anziana non autosufficiente che abbiano una natura di assistenza socio-sanitaria residenziale, mentre sono stati esclusi tutti i servizi con una connotazione esclusivamente sanitaria (riabilitazione, lungodegenze, nuclei specialistici) o esclusivamente socioassistenziale. Ogni Scheda regionale riporta in modo omogeneo le seguenti variabili:

- Regione: il nome della regione di riferimento;
- Servizio: il nome del servizio in analisi;
- Finalità del servizio: la descrizione della mission del servizio secondo la normativa regionale;
- Declinazione: le possibili declinazioni del servizio in analisi, in termini di moduli e tipologia di unità di offerta;
- Profilo utenti: gli utenti target del servizio, eventualmente descritti in coerenza con la declinazione del servizio;
- Procedure avvio attività: evidenza dell'eventuale distinzione delle procedure di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione;
- Tariffa sanitaria: entità della tariffa sanitaria corrisposta dal SSR;
- Tariffa alberghiera: entità della tariffa alberghiera esigibile dalla struttura;
- Tariffa solvenza: entità della tariffa esigibile dalla struttura all'utenza solvente (extra SSR);
- Standard di personale: per ogni profilo professionale viene riportato lo standard da normativa.

Allo scopo di rendere omogenea la rappresentazione di servizi differenti sia in termini di contenuti (ad es., finalità, declinazioni, ...) che in termini di descrizione fornita dalla normativa regionale (ad es., unità di misura degli standard di personale, riferimento ad attività assistenziali o figure professionali, ...), si sono resi necessari alcuni accorgimenti. Innanzitutto, la variabile "declinazione" è utilizzata per dare evidenza talvolta di differenti unità di offerta afferenti alla residenzialità socio-sanitaria per anziani non autosufficienti, talvolta per dare evidenza di differenti livelli assistenziali previsti per la stessa unità di offerta. Nella pratica, questo accorgimento rende possibile distinguere eventuali profili di utenti, carichi assistenziali ed entità di tariffa relative in maniera ana-


loga alle diverse Regioni. Un secondo accorgimento riguarda invece la declinazione degli standard di personale. Si è deciso di rappresentare i carichi assistenziali per profilo professionale, sebbene alcune Regioni descrivano gli standard per tipologia di attività. Pertanto, sono stati accorpati alcuni profili (es. OSS e ASA) e, quando necessario, sono stati precisati i requisiti per specifici professionisti.

	Regione	Emilia-Romagna			
	Servizio	Casa Residenza per Anziani			
Finalità del servizio	La CRA è un servizio socio-sanitario residenziale destinato ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere				
Declinazione	A	B	C	D	
Profilo utenti	Anziani con grave disturbo comportamentale	Anziani con elevati bisogni assistenziali	Anziani con disabilità di grado severo	Anziani con disabilità di grado moderato	
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte				
Tariffa sanitaria (€)*	41,85 + 2,20	41,85 + 2,20	32,60 + 1,65	27,10 + 1,35	
	In aggiunta, rimborso SSR per spese sanitarie sostenute				
Tariffa alberghiera (€)	50,05				
Tariffa solvenza	Non definita				
Standard di personale	Rapporto personale/ospiti				
<i>Medico</i>	1/25 per 5-15** ore/settimana (anche MMG***)				
<i>Fisioterapista</i>	1/60-1/40**				
<i>Coordinatore</i>	<35PL, 1 coordinatore per almeno 24 ore settimanali 35-75 PL, 1 coordinatore a tempo pieno >75 PL, più coordinatori per tempo proporzionalmente adeguato				
<i>Infermiere</i>	Almeno 1/12** (presenza 24/24h per ospiti con elevate necessità)				
<i>OSS/ASA</i>	1/2,0	1/2,0	1/2,6	1/3,1	
<i>Psicologo</i>	Deve essere prevista la disponibilità del professionista				
<i>Educatore/Animatore</i>	1/60 (Animatore)				
<i>Altro</i>	<i>Responsabile attività sanitarie</i> (medico o infermiere): 1/25 ospiti per 5 ore/settimana <i>Responsabile di nucleo delle attività assistenziali</i> (infermiere o OSS con qualifica RAA): 1 per ogni nucleo				

*Tariffa gravante sul Fondo Regionale Non Autosufficienze

**In relazione alle condizioni degli ospiti

***In caso di prestazione erogata da MMG, il costo non sostenuto non viene rimborsato dal SSR.

	Regione	Friuli-Venezia-Giulia		
	Servizio	Residenze per anziani non autosufficienti		
Finalità del servizio	Le residenze per anziani sono strutture che offrono interventi a ciclo continuo finalizzati per i bisogni delle persone anziane che non possono o non intendono permanere al proprio domicilio. Possono accedere le persone di età maggiore o uguale a 65 anni per le quali sia stata accertata l'impossibilità di permanere nell'ambito familiare e di usufruire di servizi alternativi al ricovero, o le persone di età inferiore ai 65 anni con condizioni psico-fisico assimilabili a quelle geriatriche			
Declinazione	Nucleo 1	Nucleo 2	Nucleo 3	
Profilo utenti	Bisogni socio-sanitari lievi	Bisogni socio-sanitari medio-alti	Bisogni socio-sanitari complessi e disturbi del comportamento	
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte			
Tariffa sanitaria (€)		10	12	
	In aggiunta, contributo regionale 18 €			
Tariffa alberghiera (€)	Non definita			
Tariffa solvenza	Non definita			
Standard di personale	Minuti die per posto letto			
<i>Medico</i>	MMG			
<i>Fisioterapista</i>	Azienda sanitaria	35*		
<i>Coordinatore**</i>	Deve essere presente			
<i>Infermiere</i>	Azienda sanitaria	4,2	17	
<i>OSS/ASA</i>	21	70	100	
<i>Psicologo</i>				
<i>Educatore/Animatore</i>	29,4*			
<i>Altro</i>	<i>Responsabile di struttura: deve essere presente</i>			


* Minuti settimanali


**Responsabile governo assistenziale

	Regione	Lazio	
	Servizio	Residenza Sanitaria Assistenziale – Nuclei di assistenza residenziali di mantenimento	
Finalità del servizio	I nuclei di assistenza residenziale di mantenimento sono destinati a persone non autosufficienti, anche anziane, con necessità di media tutela sanitaria cui vengono erogate prestazioni di mantenimento e lungo assistenza, anche di tipo riabilitativo.		
Declinazione	B		A
Profilo utenti	Bisogni assistenziali di bassa intensità		Bisogni assistenziali di alta intensità
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte		
Tariffa sanitaria (€)	49,20		59,20
Tariffa alberghiera (€)	49,20		59,20
Tariffa solvenza	Non definita		
Standard di personale	Minuti die per ospite		
<i>Medico</i>	80*		160*
<i>Coordinatore</i>			
<i>Fisioterapista**</i>			
<i>Infermiere</i>	100 (di cui infermiere almeno 20)		140 (di cui infermiere almeno 45)
<i>OSS/ASA</i>			
<i>Psicologo</i>			
<i>Educatore/Animatore</i>			
<i>Altro</i>	<i>Assistente sociale:</i> deve essere disponibile <i>Dietista:</i> deve essere disponibile		


* Minuti die per nucleo da 20 posti letto


**Personale della riabilitazione

	Regione	Liguria		
	Servizio	Residenza Sanitaria Assistenziale		
Finalità del servizio	Le strutture residenziali socio-sanitarie sono destinate a soggetti anziani in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza.			
Declinazione	Modulo di residenza protetta		Modulo di mantenimento	
Profilo utenti	Anziani parzialmente autosufficienti		Anziani totalmente non autosufficienti	
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte			
Tariffa sanitaria (€)	29,14 (AGED compreso tra 10 e 16)	46,93 (AGED >16)	46,93 (AGED >16)	57,88 (Gravi patologie e disturbi comportamentali)
Tariffa alberghiera (€)	42,00 (importo base)			
Tariffa solvenza	Non definito			
Standard di personale	Minuti die per ospite			
<i>Medico</i>			2	
<i>Fisioterapista</i>	5		6	
<i>Coordinatore</i>				
<i>Infermiere</i>	9		26	
<i>OSS/ASA</i>	61		88	
<i>Psicologo</i>				
<i>Educatore/Animatore</i>	3			
<i>Altro</i>	<i>Direttore sanitario: 2</i>			

	Regione	Lombardia		
	Servizio	Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani		
Finalità del servizio	Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono strutture residenziali destinate ad accogliere persone anziane non autosufficienti, alle quali garantiscono interventi destinati a migliorarne i livelli di autonomia, a promuoverne il benessere, a prevenire e curare le malattie croniche.			
Declinazione				
Profilo utenti	Bassi bisogni assistenziali (SOSIA 8-7)	Moderati bisogni assistenziali (SOSIA 6-5-4-3)	Alti bisogni assistenziali (SOSIA 2-1)	
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte			
Tariffa sanitaria (€)	30,80	41,50	52,10	
Tariffa alberghiera (€)	Non definita			
Tariffa solvenza	Non definita			
Standard di personale	Minuti settimanali per ospite			
<i>Medico</i>	901 (Mix di professionisti definito nel PAI)			
<i>Fisioterapista</i>				
<i>Coordinatore</i>				
<i>Infermiere</i>				
<i>OSS/ASA</i>				
<i>Psicologo</i>				
<i>Educatore/Animatore</i>				
<i>Altro</i>				


	Regione	Marche
	Servizio	Residenza protetta per anziani non autosufficienti
Finalità del servizio	Struttura residenziale con elevato livello di integrazione socio-sanitaria che eroga trattamenti di lungo assistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protetto.	
Declinazione		
Profilo utenti	Persone anziane non autosufficienti non assistibili al domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.	
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte	
Tariffa sanitaria (€)	33,51	
Tariffa alberghiera (€)	Non definita	
Tariffa solvenza	Non definita	
Standard di personale	Minutaggio die per ospite	
<i>Medico</i>	MMG	
<i>Fisioterapista</i>		
<i>Coordinatore</i>		
<i>Infermiere</i>	20	
<i>OSS/ASA</i>	80	
<i>Psicologo</i>		
<i>Educatore/Animatore</i>		
<i>Altro</i>	<i>Responsabile della struttura: deve essere presente</i>	


	Regione	Piemonte					
	Servizio	Residenza Sanitaria Assistenziale					
Finalità del servizio	La Residenza Sanitaria Assistenziale è un presidio di ricovero residenziale per anziani non autosufficienti						
Declinazione	Bassa	Medio-bassa	Media	Medio-alta	Alta	Alta-incrementata	
Profilo utenti	Definiti coerentemente alle diverse declinazioni del servizio						
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte						
Tariffa sanitaria (€)*	36,25	36,97	39,18	44,57	48,49	52,90	
Tariffa alberghiera (€)	35,78	36,50	36,68	44,00	47,87	52,22	
Tariffa solvenza	Non definita						
Standard di personale	Minutaggio die per ospite						
<i>Medico</i>	MMG						
<i>Fisioterapista</i>	8	13	18	25	30	46	
<i>Coordinatore</i>							
<i>Infermiere</i>							
<i>OSS/ASA</i>	72	82	87	105	120	134	
<i>Psicologo</i>							
<i>Educatore/Animatore</i>	18 ore settimanali per 72 posti						
<i>Altro</i>	<i>Direttore sanitario:</i> deve essere presente <i>Responsabile di struttura:</i> deve essere presente <i>Logopedista:</i> deve essere presente						


	Regione	Puglia
	Servizio	Residenza sanitaria assistenziale di mantenimento
Finalità del servizio	La RSA di mantenimento eroga interventi di tipo assistenziale e socioriabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria	
Declinazione	A	
Profilo utenti	Persone anziane che non sono in grado di condurre una vita autonoma le cui patologie, non in fase acuta, presentano limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e non possono essere assistite a domicilio	
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte	
Tariffa sanitaria (€)	50,17	
Tariffa alberghiera (€)	50,17	
Tariffa solvenza	Non definita	
Standard di personale	Ore settimanali per nucleo (20 posti)/ Unità per nucleo* (20 posti)	
<i>Medico</i>	2	
<i>Fisioterapista*</i>	12	
<i>Coordinatore</i>		
<i>Infermiere</i>	2 unità	
<i>OSS/ASA</i>	5 unità	
<i>Psicologo</i>	6	
<i>Educatore/Animatore</i>	12	
<i>Altro</i>	<i>Responsabile sanitario: 4</i> <i>Assistente sociale: 6</i>	

*Terapista della riabilitazione

	Regione	Sardegna	
	Servizio	Residenza Sanitaria Assistenziale	
Finalità del servizio	Le RSA sono strutture residenziali finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, di recupero funzionale e di inserimento sociale, ma anche di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale, a utenti affetti da malattie croniche o da patologie invalidanti, non autosufficienti e non assistibili a domicilio		
Declinazione	R3B		R3A
Profilo utenti	Persone non autosufficienti richiedenti trattamenti di lungo assistenza sanitaria e socio-sanitaria, eventualmente anche di tipo riabilitativo		Persone non autosufficienti richiedenti trattamenti sanitari e socio-sanitari di recupero e mantenimento funzionale
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte		
Tariffa sanitaria (€)	58		72
Tariffa alberghiera (€)	58		72
Tariffa solvenza	Non definita		
Standard di personale	Minutaggio die per ospite		
<i>Medico*</i>			
<i>Fisioterapista</i>	10		16
<i>Coordinatore</i>	2		4
<i>Infermiere</i>	16		25
<i>OSS/ASA</i>	88		142
<i>Psicologo</i>	3		4
<i>Educatore/Animatore</i>	7		10
<i>Altro</i>	<i>Direttore sanitario: 21 ore settimanali complessive</i> <i>Direttore di struttura: 21 ore settimanali complessive</i> <i>Direttore delle attività cliniche: 2-6 minuti/die/ospite</i> <i>Geriatra: 1 minuti/die/ospite</i> <i>Fisiatra: 0,3-1 minuti/die/ospite</i> <i>Assistente sociale: 1 minuti/die/ospite</i> <i>Dietologo o dentista: 0,2-1 minuti/die/ospite</i>		

	Regione	Toscana	
	Servizio	Residenza Sanitaria Assistenziale	
Finalità del servizio	La RSA è una struttura residenziale ad integrazione socio-sanitaria destinata ad accogliere temporaneamente o permanentemente persone anziane non autosufficienti impossibilitate a rimanere presso il proprio domicilio		
Declinazione	Bassa intensità	Base	
Profilo utenti	Non autosufficienza in almeno una attività di base, anche con deficit cognitivo lieve	Non autosufficienza stabilizzata (patologie stabilizzate, fase post-acuta, decadimento cognitivo medio)	
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte		
Tariffa sanitaria (€)	44,42	53,32	
Tariffa alberghiera (€)	Individuabile dalla struttura secondo voci definite dalla Regione		
Tariffa solvenza	Non definita		
Standard di personale	Ore annuali per 40 ospiti		
<i>Medico</i>	MMG		
<i>Fisioterapista</i>	817	1634	
<i>Coordinatore</i>			
<i>Infermiere</i>	3268	6536	
<i>OSS/ASA</i>	24510	32680	
<i>Psicologo</i>			
<i>Educatore/Animatore</i>	3268	1634	
<i>Altro</i>	<i>Direttore di struttura: deve essere presente</i>		

	Regione	Provincia Autonoma di Trento	
	Servizio	Residenza Sanitaria Assistenziale	
Finalità del servizio	Le RSA garantiscono una presa in carico globale e personalizzata dei bisogni della persona erogando servizi socio-sanitari integrati a prevalente valenza sanitaria.		
Declinazione	Base	Nucleo sanitario	
Profilo utenti	Persone non autosufficienti che necessitano di trattamenti ed assistenza continui e non possono essere assistite al domicilio	Persone non autosufficienti che necessitano di trattamenti ed assistenza continui con elevata necessità assistenziale sanitaria	
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte. La contrattualizzazione segue le direttive annuali deliberate dalla Giunta Provinciale		
Tariffa sanitaria (€)	Da 87,78 (strutture fino a 40 PL) a 76,63 (strutture oltre 61 PL)	+39,12 alla tariffa "base"	
Tariffa alberghiera (€)	48,08		
Tariffa solvenza	Non definita		
Standard di personale	Diversificato		
<i>Medico</i>	2 minuti die per ospite	4 minuti die per ospite	
<i>Fisioterapista</i>	1 unità ogni 50 PL		
<i>Coordinatore</i>	1 unità fino a 119 PL, 2 unità oltre i 119 PL		
<i>Infermiere</i>	6 unità fino a 60 PL, 1 unità aggiuntiva ogni 10 PL	+1 unità aggiuntiva ogni 10 PL allo standard "base"	
<i>OSS/ASA</i>	1 unità ogni 2,1 PL	1 unità ogni 1,5 PL	
<i>Psicologo</i>	2,5 ore al mese ogni 20 PL		
<i>Educatore/Animatore</i>	1 unità ogni 60 PL		
<i>Altro</i>			

	Regione	Veneto	
	Servizio	Centro di servizio per persone anziane non autosufficienti	
Finalità del servizio	Il centro di servizi è un presidio che offre a persone non autosufficienti di norma anziani, con esiti di patologie fisici, psichici, sensoriali e misti non curabili a domicilio, un livello di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera		
Declinazione*	Livello I - Assistenza ridotta		Livello II - Assistenza media
Profilo utenti	Persone non autosufficienti di norma anziani con ridotto/minimo bisogno assistenziale non assistibili a domicilio		Persone non autosufficienti di norma anziani con un medio bisogno assistenziale non assistibili a domicilio
Procedure avvio attività	Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione distinte.		
Tariffa sanitaria (€)	49,00		56,00
Tariffa alberghiera (€)	Indirizzo regionale: 50% della tariffa complessiva		
Tariffa solvenza	Non definita		
Standard di personale	Unità per posti		
<i>Medico</i>	Garantito da AULSS		
<i>Fisioterapista</i>	Garantito da AULSS		
<i>Coordinatore</i>	1 unità ogni 90 posti		
<i>Infermiere</i>	1 ogni 15 posti		1 ogni 12 posti
<i>OSS/ASA</i>	1 ogni 2,5 posti		1 ogni 2,4 posti
<i>Psicologo</i>	1 ogni 120 posti		
<i>Educatore/Animatore</i>	1 ogni 60 posti		
<i>Altro</i>	<i>Assistente sociale: deve essere disponibile</i>		

* A seguito della DGR 996/2022 è prevista la riformulazione di un'unica unità di offerta con tariffa pari a €52,00. Più informazioni in nota 2.