

# Rapporto OASI 2022

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di  
CERGAS - Bocconi



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
SCHOOL OF MANAGEMENT



# 5 **Il posizionamento strategico dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti nelle regioni italiane: un'analisi comparata**

*di Francesco Longo, Simone Manfredi, Francesca Meda,  
Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli, Andrea Rotolo*

## 5.1 **Introduzione e metodo di lavoro**

In continuità con le edizioni precedenti del Rapporto OASI, l'obiettivo dell'analisi proposta in questo capitolo è duplice: a) fornire una rappresentazione della rete dei servizi socio-sanitari e sociali delle Regioni, b) offrire un'interpretazione del loro posizionamento strategico letto anche in relazione alle evoluzioni che il sistema socio-sanitario ha vissuto durante la pandemia e si appresta ad affrontare come conseguenza del PNRR. Si cercherà quindi di collocare le principali evidenze raccolte dagli autori e dalle autrici in un contesto più ampio di riforme e cambiamenti che stanno interessando il Paese e il settore dell'assistenza agli anziani in particolare.

Il capitolo affronta, quindi, due tematiche. La prima è la descrizione delle caratteristiche del sistema socio-sanitario e sociale per gli anziani non autosufficienti in Italia, combinando le statistiche sulla configurazione del sistema di offerta, sulle stime del bisogno della popolazione e sulla capacità di presa in carico della rete dei servizi, evidenziando (dove possibile) differenze e peculiarità regionali.

La seconda è il posizionamento strategico espresso dai diversi sistemi regionali rispetto alla configurazione dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti. Per quanto limitato a una parte della rete di offerta, si tratta di un modo per esplicitare come oggi emergano nel nostro territorio vocazioni molto differenti per i servizi comunemente denominati come “Residenze Sanitarie Assistenziali” (RSA). Tali vocazioni hanno conseguenze sul modo in cui ciascuna Regione definisce standard assistenziali e tariffari, con impatti inevitabilmente differenti sull'utenza dei servizi e sulla capacità di presa in carico e di rispondere ai bisogni.

Si è ritenuto rilevante riflettere in sequenza su questi due aspetti poiché i risultati che emergono dimostrano come non solo vi sia un'elevata frammentazione nelle fonti informative che permettono di descrivere e comprendere il

settore, ma anche che il modo in cui le regioni hanno interpretato e declinato la vocazione e il ruolo dei servizi residenziali (nonché la loro relazione con gli altri nodi della rete della presa in carico sanitaria, socio-sanitaria e sociale), sottolinea l'esistenza di un'eterogeneità rilevante di approcci alla cura e all'assistenza delle persone anziane non autosufficienti che impediscono di parlare di "settore socio-sanitario" in senso unitario e omogeneo.

Il capitolo si conclude con un'interpretazione dei principali elementi rilevati che, dal punto di vista degli autori e delle autrici del capitolo, si pongono oggi come spunti di riflessione e possibili aree di lavoro per policy maker, committenti e gestori dei servizi.

Da un punto di vista metodologico, si è cercato di raggiungere tali obiettivi combinando metodi quantitativi e qualitativi: per la descrizione del sistema di offerta, dei bisogni e della capacità di presa in carico complessiva del sistema è stata svolta un'analisi desk a partire dalle fonti informative più aggiornate (come meglio illustrato nel paragrafo 5.2). Per quanto attiene il posizionamento strategico dei servizi residenziali nei diversi contesti regionali si è fatto ricorso a un mix tra analisi desk della normativa disponibile e interviste con *key informant* dei diversi contesti regionali per garantire una migliore interpretazione e declinazione delle informazioni derivanti da leggi, norme, regolamenti, ecc.

Infine, una precisazione terminologica. Sebbene nel dibattito si ricorra spesso alle espressioni "socio-sanitario" e "socio-assistenziale" come se fossero sinonimi, nel presente capitolo si è scelto di utilizzare "socio-sanitario" per significare i servizi in cui è presente una componente sanitaria (che si traduce nel ruolo attivo da parte delle istituzioni del SSN, come ad esempio le ASL e il relativo personale, nonché forme di finanziamento la cui fonte fa capo al SSN), mentre "socio-assistenziale" sarà utilizzato in maniera intercambiabile con "sociale" per far riferimento ai servizi di stampo sociale e la cui responsabilità e finanziamento sono di competenza o in capo agli enti locali.

## **5.2 Il sistema socio-sanitario e sociale per gli anziani non autosufficienti in Italia**

La presente sezione aggiorna la consueta mappatura dei dati di fabbisogno, capacità di offerta e utenza in carico della rete socio-sanitaria e sociale per anziani non autosufficienti. Per approfondimenti circa l'impostazione e il metodo di analisi, si rimanda al Capitolo 6 del Rapporto OASI 2016. In questa sede, è opportuno rammentare che il sistema socio-sanitario e sociale non dispone di un sistema informativo organico che permetta di associare univocamente a ciascun beneficiario il numero e la tipologia di prestazioni di cui usufruisce, né di arrivare a dare una rappresentazione completa ed esaustiva del settore. Ne

deriva il rischio di includere lo stesso utente più volte qualora beneficiario di più interventi. Per limitare questo inconveniente sono quindi considerati unicamente i servizi reali (anche detti *in kind*), mentre sono esclusi i trasferimenti monetari. Inoltre, sono state escluse dalla stima le misure tipicamente locali riconducibili al “sostegno alla domiciliarità” (come, ad esempio, l’assistenza sociale professionale, gli interventi per l’integrazione sociale, gli interventi educativo-assistenziali e quelli per l’inserimento lavorativo), considerando esclusivamente l’assistenza domiciliare socio-assistenziale e integrata, che hanno invece diffusione a livello nazionale.

Infine, al momento in cui si scrive (luglio 2022) ISTAT non ha pubblicato l’aggiornamento della rilevazione sui Presidi Socio-Assistenziali, che rimane la medesima riportata nell’edizione 2021 del presente capitolo. Per questo motivo, la scelta degli autori è di rimandare al capitolo 5 del Rapporto OASI 2021 per il dettaglio dei posti letto disponibili e utenti in carico nella residenzialità socio-sanitaria e socio-assistenziale per l’anno 2018; e dedicare la presente sezione ad un aggiornamento della fotografia della rete grazie ad altre fonti, cronologicamente più prossime alla pubblicazione del Rapporto OASI. In particolare, verranno utilizzati:

- ▶ i dati dell’Annuario Statistico del SSN riferiti al 2019 e al 2020 per una fotografia comparata della rete di offerta socio-sanitaria;
- ▶ i dati della Spesa Sociale dei Comuni prodotti da ISTAT riferiti al 2019 per il calcolo degli utenti in carico ai servizi *in kind* ad afferenza sociale.

Il disallineamento temporale tra le due fonti sopracitate porta, a differenza del passato, a separare la trattazione delle due componenti della rete di offerta (socio-sanitaria e socio-assistenziale) per evitare di comparare dati 2019 con quelli eccezionali del 2020. La scelta di portare dati 2020 è guidata dal fatto che si ritiene rilevante aprire una riflessione sugli impatti della pandemia da Covid-19 sulla rete di offerta, esercizio reso finora sostanzialmente impossibile dall’assenza di rilevazioni nazionali sul tema (*cfr* Capitolo 5 OASI 2020). Infine, si ritiene che la rilevazione ISTAT sui Presidi Socio-Assistenziali rimanga la fonte più attendibile per quantificare l’effettiva offerta residenziale socio-sanitaria e sociale, grazie alla possibilità di differenziare i posti per livello di assistenza sanitaria erogata. Al contempo, è altrettanto rilevante offrire al dibattito rilevazioni aggiornate, pur rimarcando la criticità dell’assenza di dati più recenti e il consueto marcato scarto temporale tra anno di riferimento dei dati nelle fonti istituzionali e momento della loro pubblicazione.

### 5.2.1 Stima del bisogno potenziale

In questa sede, per “anziani non autosufficienti” si intendono le persone di età superiore o uguale a 65 anni, con gravi limitazioni funzionali secondo la classificazione proposta da ISTAT (2021) nell’indagine europea Ehis. Nelle precedenti edizioni del Rapporto OASI è stato sottolineato a più riprese come la stima della popolazione non autosufficiente proposta fosse sottostimata, poiché la prevalenza su cui si basava non permetteva di tenere pienamente conto delle limitazioni cognitive. L’edizione 2019 dell’indagine ISTAT (*ibidem*) sulle condizioni di salute degli anziani fa un’importante passo in avanti da questo punto di vista, fornendo una stima che tiene conto delle gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive<sup>1</sup>. Più nel dettaglio, tali limitazioni sono definite come segue<sup>2</sup>:

- ▶ Limitazioni motorie: grave difficoltà o incapacità nel camminare su una superficie pianeggiante per 500 metri oppure nel salire una rampa di scale (circa 12 scalini) senza alcun aiuto;
- ▶ Limitazioni sensoriali: grave difficoltà o incapacità nel vedere con o senza occhiali oppure difficoltà nel sentire ciò che si dice in una conversazione con un’altra persona in una stanza con o senza rumore avvalendosi anche di apparecchi acustici;
- ▶ Limitazione cognitiva: difficoltà o incapacità grave di ricordare o concentrarsi.

L’aggiornamento dei dati ISTAT in questa direzione impone un cambiamento nella modalità di calcolo della stima della popolazione non autosufficiente rispetto a quanto presentato nei precedenti Rapporti OASI. Nelle precedenti edizioni del Rapporto, il calcolo si basava sulla somma (i) della percentuale di anziani con limitazioni funzionali che vivono in famiglia, individuata da ISTAT, moltiplicata per il numero di cittadini anziani non ospitati permanentemente in istituzioni per l’anno oggetto di analisi tratto da I.Stat e (ii) del numero di residenti permanentemente in istituzioni, esclusi dalla rilevazione citata, tratto dai dati I.Stat relativi agli ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Da questa edizione, la popolazione non autosufficiente viene stimata semplicemente applicando la percentuale di anziani con limitazioni funzionali (28,4%) alla popolazione over65 per l’anno oggetto di analisi tratto da I.Stat<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Si veda Capitolo 1 del 4° Rapporto OLTC per ulteriori riflessioni sulla rilevanza dell’aggiornamento della rilevazione ISTAT per la capacità di lettura del settore socio-sanitario.

<sup>2</sup> Da Glossario ISTAT

<sup>3</sup> L’indagine Istat è stata condotta tra soggetti che vivono al domicilio, quindi non coglie direttamente le specificità dei bisogni di chi vive in strutture residenziali. Al contempo, si ritiene di al-

Per il 2020, la stima degli anziani non autosufficienti è dunque pari a 3.935.982 individui. Le stime degli anni precedenti non sono comparabili per le differenze nella modalità di calcolo, che portano nel 2020 ad includere quasi un milione di soggetti in più nella platea dei non autosufficienti rispetto all'edizione precedente (2021) del Rapporto. Questo dipende in parte dall'evoluzione del profilo epidemiologico e demografico della popolazione, e in parte dall'inclusione nella nuova stima proposta delle limitazioni cognitive.

### 5.2.2 La capacità produttiva del sistema di offerta

Come anticipato, in assenza di un aggiornamento della rilevazione ISTAT sui Presidi Socio-Assistenziali, si è optato per l'utilizzo di fonti differenti per aggiornare la consueta fotografia della rete di offerta, pur nella consapevolezza che i dati ISTAT forniscono una indicazione più realistica dell'effettiva dotazione di posti letto in RSA a livello nazionale (*cf.* Capitolo 6 OASI 2016).

La Tabella 5.1 permette di analizzare la capacità del sistema di offerta pubblico socio-sanitario per tipologia di servizio erogato, confrontando le annualità 2019 e 2020. I dati segnalano un aumento del 2% dei posti letto residenziali: in assenza di chiarimenti espliciti circa la natura di questa variazione, una delle ipotesi possibili è che la crescita sia riconducibile all'attivazione di posti letto dedicati alla gestione di pazienti con Covid-19 che, in alcune Regioni, sono stati collocati straordinariamente nei presidi socio-sanitari. Allo stesso modo, la riduzione del 4% dei posti nei centri diurni può essere ricondotta alla scelta adoperata da alcuni gestori di chiudere strutture, nell'impossibilità di avviare i servizi viste le misure di contenimento in atto nel 2020 che in molte Regioni hanno previsto la chiusura assoluta o forti limitazioni per i servizi diurni. Il 16% di calo nelle ore di assistenza domiciliare integrata erogate sono un segnale chiaro dell'impatto della pandemia sull'assistenza in casa, resa sostan-

Tabella 5.1 **Capacità produttiva complessiva della rete per tipo di servizio erogato, 2019 vs 2020**

Tipo di servizio	2019	2020	Δ
Residenziale*	203.679	208.459	+2%
Semiresidenziale**	17.507	16.781	-4%
Domiciliare (ADI)***	15.789.122	13.202.896	-16%

\* posti letto; \*\* posti; \*\*\* ore erogate.

Fonti: Ministero della Salute (2021) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2019.

Ministero della Salute (2022) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2020.

linearsi alla scelta dell'Istituto di applicare la prevalenza di 28,4% a tutta la popolazione over65 per maggiore chiarezza espositiva e di allineamento con il dibattito nazionale.

zialmente impossibile nella prima fase (marzo-giugno 2020) per le restrizioni imposte e per il blocco dei servizi ritenuti non fondamentali, e rimasta compressa anche nei mesi successivi. Il calo delle ore erogate può essere ricondotto principalmente a due ragioni: da un lato, il calo degli utenti in carico (come verrà discusso in Tabella 5.2), dall'altro dal forte calo nel numero di ore medie erogate per ogni caso anziano, passato dalle 18 del 2019 alle 15 del 2020. Entrambe le cause sono legate all'impatto delle chiusure e restrizioni imposte dalle prime fasi della pandemia. Quella del 2020 è la prima, inevitabile dato il contesto, battuta di arresto per ADI, che negli anni scorsi era stato il servizio pubblico più diffuso tra gli anziani non autosufficienti. Rimane invece attuale la riflessione sull'effettiva capacità di un servizio così limitato e contingentato nel tempo di dare risposta ai bisogni assistenziali degli anziani, pur da contestualizzare in un anno in cui la capacità di garantire gli accessi si è scontrata con gli effetti della pandemia.

Tabella 5.2 **Utenti in carico alla rete socio-sanitaria per tipo di servizio erogato, 2019 vs 2020**

Tipo di servizio	2019	2020	Δ
Residenziale	292.578	280.421	-4%
Semiresidenziale	28.453	21.706	-24%
Domiciliare (ADI)	858.896	844.823	-2%

Fonti: Ministero della Salute (2021) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2019.

Ministero della Salute (2022) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2020.

Per quanto concerne la rete sociale, non sono disponibili dati sulla rete di offerta nazionale, salvo per i posti letto in strutture residenziali proposto da ISTAT e che – come detto in precedenza – non è stato aggiornato rispetto all'edizione 2021 del capitolo. Per completezza e per offrire un ordine di grandezza utile all'analisi, si riporta il numero dei posti letto totali riferiti all'anno 2018, pari a 16.606 (Berloto *et al.*, 2021).

### 5.2.3 Gli utenti in carico ai servizi

La Tabella 5.2 illustra la distribuzione degli utenti in carico per tipologia di servizio socio-sanitario, diminuiti in maniera trasversale tra il 2019 e il 2020. L'Annuario del SSN non fornisce spiegazioni puntuali sulle variazioni. Si ipotizza, stante anche quanto registrato nell'analisi puntuale condotta sui provvedimenti attuati nel corso del 2020 (Perobelli *et al.*, 2021), che la causa principale di queste diminuzioni sia riconducibile alle normative regionali che durante la pandemia hanno imposto chiusure dei servizi anche per lunghi periodi, o

modifiche nei criteri di accesso che hanno causato una minor domanda di inserimenti nei servizi. I centri diurni hanno visto la maggior contrazione del numero degli utenti in carico, come già evidenziato sopra rispetto ai posti disponibili, accogliendo quasi un quarto di persone in meno tra il 2019 e il 2020. Segue poi la residenzialità, dove il calo degli utenti è stato in parte dovuto a un calo dei nuovi ingressi, e in parte al mancato turnover tra ospiti successivo ai decessi. Infine, si segnala come il numero di utenti complessivamente in carico a ADI sia calato del 2%, in modo minore rispetto agli altri servizi.

Per quanto concerne i servizi ad afferenza sociale, si propongono i dati di utenza in carico ai setting semiresidenziali e al SAD, poiché gli ospiti dei servizi residenziali sono ricavabili unicamente dall'indagine ISTAT non aggiornata. In entrambi i casi, gli utenti in carico sono sensibilmente aumentati (+1%), proseguendo una tendenza positiva di aumento della presa in carico dei servizi ad afferenza sociale sul segmento anziani registrato dopo il 2018, in discontinuità rispetto al profondo calo dell'utenza in carico negli anni precedenti.

Tabella 5.3 **Utenti in carico alla rete sociale per tipo di servizio erogato, 2018 vs 2019**

Tipo di servizio	2018	2019	Δ
Semiresidenziale	291.026	294.005	1%
Domiciliare (SAD)	128.285	129.830	1%

Fonti: I.Stat (più anni). Spesa sociale dei Comuni. Anno 2018; Anno 2019.

Come per i posti letto disponibili, si riporta per completezza il dato sugli utenti in carico alla residenzialità socio-assistenziale illustrata nella precedente edizione del capitolo e riferita al 2018, pari a 14.330 persone (Berloto *et al.*, 2021).

#### 5.2.4 Stima della copertura del fabbisogno

Dopo aver presentato la stima del bisogno potenziale, la mappatura della dotazione della rete di offerta a livello nazionale e gli utenti in carico ai diversi servizi, si analizza il tasso di copertura del fabbisogno per gli anziani non autosufficienti, ottenuto come rapporto tra il numero di utenti in carico ai servizi considerati e la stima del fabbisogno potenziale. Il tasso di copertura è stato distinto fra servizi socio-sanitari e servizi sociali. Tale suddivisione è stata operata al fine di ridurre il rischio di sovrapposizioni naturalmente presenti in tali ambiti (è infatti probabile che una stessa persona ricorra sia a servizi di tipo sociale che di tipo socio-sanitario, ad esempio di ADI e di SAD, integrandoli fra loro). Inoltre, la distinzione si lega alle diverse annualità cui sono riferiti i dati.



Tabella 5.4 **Tassi di copertura del bisogno dei servizi socio-sanitari, anno 2020**

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi socio-sanitari	Tasso di copertura servizi socio-sanitari
3.935.982	Residenziale	280.421	7,1%
	Semiresidenziale	21.706	0,6%
	Domiciliare (ADI)	844.823	21,5%

Il tasso di copertura del bisogno garantito dalla rete socio-sanitaria pubblica è complessivamente molto contenuto, e il servizio più capillare risulta essere ADI, pur con tutte le riserve già espresse in precedenza sull'effettiva capacità di presa in carico e che verranno approfondite più avanti nel paragrafo. I servizi semiresidenziali raggiungono una quota prossima allo zero del fabbisogno, rimanendo di gran lunga il setting meno diffuso della rete; mentre la residen-

Tabella 5.5 **Tasso di copertura del bisogno della popolazione 75+ non autosufficiente tramite RSA. Dettaglio regionale, anno 2020**

Regione / Provincia Autonoma	Ospiti di presidi residenziali	Popolazione over75 non autosufficiente	Copertura del bisogno
PA di Bolzano	5.931	21.116	28%
PA di Trento	5.981	23.862	25%
Lombardia	83.263	447.777	19%
Veneto	39.951	220.716	18%
Marche	10.351	60.273	17%
Friuli-Venezia Giulia	10.052	63.950	16%
Toscana	22.874	148.912	15%
Piemonte	30.942	223.182	14%
Liguria	12.197	93.575	13%
Emilia-Romagna	23.019	221.944	10%
Umbria	3.573	35.806	10%
Valle d'Aosta	566	5.868	10%
Lazio	10.185	191.726	5%
Abruzzo	2.849	81.144	4%
Puglia	5.999	215.516	3%
Calabria	2.572	102.862	3%
Molise	473	19.913	2%
Sicilia	5.324	253.449	2%
Sardegna	1.672	95.932	2%
Basilicata	426	33.276	1%
Campania	2.221	248.418	1%
<b>Italia</b>	<b>280.421</b>	<b>2.980.604</b>	<b>9%</b>

Fonti: Istat (2021a). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati I.stat su popolazione al 1/1/2020.

Ministero della Salute (2022) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2020.

zialità raggiunge il 7% del bisogno sugli over65 non autosufficienti. Quest'ultimo dato sale invece al 9% se l'utenza in carico viene messa in relazione con la fascia di popolazione più in target per il servizio, gli over75 non autosufficienti (Tabella 5.5)<sup>4</sup>. La Tabella 5.5 mostra la copertura del bisogno tramite RSA nelle diverse regioni italiane, che registra un'ampia variabilità che segue la geografia del Paese: nelle regioni del Nord i tassi di copertura sono superiori al 10%, nel Centro-Sud sono compresi tra l'1 e il 5%, percentuali estremamente contenute. Questa distribuzione dei tassi di copertura è coerente con la presenza delle strutture sul territorio nazionale, anche se l'assenza del dato sulla distribuzione dei posti letto per regione impedisce una rappresentazione a livello locale.

Tabella 5.6 **Tasso di copertura del bisogno della popolazione 65+ non autosufficiente tramite ADI. Dettaglio regionale, anno 2020**

Regione / PA	Popolazione 65+	Prevalenza NA 65+	Popolazione 65+ NA	Casi ADI anziani	Copertura del bisogno
Molise	75.887	25,8	19.579	12.362	63%
Veneto	1.135.667	22,9	260.068	125.800	48%
Toscana	950.428	26,8	254.715	109.941	43%
Emilia-Romagna	1.079.476	33,0	356.227	110.794	31%
Friuli-Venezia Giulia	319.905	21,7	69.419	19.882	29%
PA di Trento	122.248	23,7	28.973	7.651	26%
Lombardia	2.295.835	24,4	560.184	141.532	25%
Basilicata	130.001	33,0	42.900	7.382	17%
Piemonte	1.115.960	22,9	255.555	40.657	16%
Lazio	1.276.877	26,9	343.480	52.865	15%
Abruzzo	314.288	32,7	102.772	15.727	15%
Liguria	438.344	22,5	98.627	14.316	15%
Sicilia	1.056.210	34,6	365.449	53.021	15%
Umbria	225.810	30,3	68.420	9.687	14%
Campania	1.099.634	34,0	373.876	51.727	14%
Puglia	891.842	32,8	292.524	38.816	13%
Marche	381.026	32,3	123.071	13.857	11%
Sardegna	393.813	35,2	138.622	12.215	9%
Calabria	419.874	35,6	149.475	5.871	4%
Valle d'Aosta	30.309	24,0	7.274	160	2%
PA di Bolzano	105.656	24,1	25.463	560	2%
<b>Italia</b>	<b>13.859.090</b>	<b>28,4</b>	<b>3.935.982</b>	<b>844.823</b>	<b>21%</b>

Fonti: Istat (2021a). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati I.stat su popolazione al 1/1/2020.

Ministero della Salute (2022) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2020.

<sup>4</sup> La popolazione over75 non autosufficiente è stata calcolata applicando le prevalenze della non autosufficienza per area geografica e fascia di età (75-84 e 85+) fornite da ISTAT (2021a), per dettagli si veda Capitolo 1 del 4° Rapporto OLTC.

Si conclude la rappresentazione della capacità della rete di rispondere al fabbisogno attraverso la distribuzione regionale della copertura tramite ADI, che come visto (Tabella 5.4) è oggi il servizio pubblico più capillare. La Tabella 5.6 mostra questo approfondimento e l'ampia variabilità nella capacità di questo strumento di intercettare una quota più o meno ampia del bisogno, a seconda dei contesti. Da questa rappresentazione si evince una forbice di ben 61 punti percentuali tra la Regione che raggiunge che raggiunge due terzi della popolazione target stimata, il Molise, e la Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano, che ne intercettano circa il 2%.

Il Molise risulta come *outlier*, mentre le regioni rimanenti possono essere suddivise in tre cluster: un primo, concentrato nel Centro-Nord, in cui viene raggiunta oltre un quarto del target (Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Trento); segue un cospicuo numero di Regioni che coprono tra il 10 e il 20% del fabbisogno (Marche, Puglia, Campania, Umbria, Sicilia, Liguria, Abruzzo, Lazio). Infine, un ultimo gruppo di territori raggiunge meno del dieci per cento dei potenziali beneficiari: Sardegna, Calabria, Provincia Autonoma di Bolzano e Valle d'Aosta. La variabilità delle fonti nel tempo e l'eccezionalità dell'annualità oggetto di indagine fanno sì che sia complesso interpretare le differenze territoriali. Vogliamo però rimarcare in questa sede che le differenti performance regionali riflettono diversi posizionamenti con riferimento a: scelte di allocazione delle risorse SSN e extra; investimenti riferiti alla rete dei servizi domiciliari; articolazione della rete di offerta e diversi modi di considerare il settore socio-sanitario. Infine, riflettono diverse scelte e policy implementate nel 2020, l'anno della pandemia.

In conclusione, si riportano i tassi di copertura del bisogno tramite la rete sociale (Tabella 5.7) per il 2019. Coerentemente con l'anno di riferimento dei dati, gli utenti in carico sono rapportati alla stima della popolazione non autosufficiente per il 2019, pari a 3.888.873 individui<sup>5</sup>. In assenza di dati aggiornati sugli ospiti in carico alla rete residenziale, il tasso di copertura viene proposto unicamente in relazione ai servizi *in kind* non residenziali. La Tabella 5.7 illustra come i servizi semi-residenziali raggiungano l'8% del bisogno, confermando la maggiore diffusione di questo setting negli Enti Locali, rispetto alla rete

Tabella 5.7 **Tassi di copertura del bisogno dei servizi sociali, anno 2019**

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico	Tasso di copertura
3.888.873	Semiresidenziale	294.005	8%
	Domiciliare (SAD)	129.830	3%

<sup>5</sup> Fonte: Capitolo 1 4° Rapporto OLTC, la modalità di calcolo è la medesima descritta precedentemente.

socio-sanitaria, a fronte di una esigua copertura attraverso il SAD, pari al 3% del totale.

Complessivamente, i dati illustrati in questa sezione segnalano la limitata capacità della rete di welfare pubblico di intercettare il proprio bacino di utenti potenziali, con ampia variabilità regionale. Le evidenze circa le effettive capacità di presa in carico di ADI richiedono un ripensamento complessivo della misura, per destinare al meglio gli importanti fondi del PNRR allocati su questo settore. Inoltre, appare più che mai necessario sollecitare la creazione di un sistema informativo per il settore, che metta a disposizione di cittadini, addetti ai lavori e ricercatori dati aggiornati, coerenti e solidi.

### **5.3 La filiera della presa in carico sociosanitaria: quale posizionamento strategico delle Regioni?**

Le analisi riguardanti la filiera socio-sanitaria e sociale riportate nella prima parte del capitolo e nei Rapporti OASI precedenti, evidenziano una limitata capacità del welfare pubblico di dare risposta ai bisogni della popolazione anziana non autosufficiente tramite servizi. Si sono già espresse alcune considerazioni rispetto alle diverse tipologie di servizi socio-sanitari parte della rete di offerta nelle diverse Regioni. In sintesi:

- ▶ I servizi diurni (semi-residenziali) di fatto non rappresentano una soluzione. Sono estremamente rari e accolgono un numero esiguo di anziani. Probabilmente, il modello di servizio proposto e le finalità assegnate a tali servizi non sono coerenti rispetto alle necessità delle famiglie e degli anziani e necessiterebbero di una riformulazione (ad esempio ri-orientandoli verso il target demenze e patologie neuro-degenerative).
- ▶ I servizi domiciliari (ADI) esprimono una vocazione sanitaria e non socio-sanitaria, nonostante quanto definito a livello normativo. I dati di intensità assistenziale delle diverse regioni lasciano intendere, infatti, come sia prevalso un uso di questo servizio come ospedalizzazione a domicilio, nel caso di situazioni post-acute, o come servizio di supporto e follow up, nel caso di pazienti cronici.

L'unico servizio rilevante che il welfare pubblico offre alle famiglie e agli anziani non autosufficienti è dunque la residenzialità, l'opzione più diffusa sul territorio nazionale (seppure con numeri modesti come visto nel paragrafo 5.2). Resta però da indagare che tipo di risposta riesca ad offrire oggi la filiera residenziale e su quali bisogni riesca ad intervenire. La popolazione anziana non autosufficiente presenta caratteristiche varie e variegate, che si combinano in diversi modi dando vita a numerosi profili di anziano non autosufficiente. Se

si aggiunge il fatto che questo profilo è dinamico, cambia molto rapidamente e che giocano un ruolo anche le caratteristiche sociali, familiari etc., diventa evidente che la casistica è molto ampia e con lei i bisogni a cui fare fronte. L'obiettivo di questa seconda parte di capitolo è di indagare quale sia la vocazione prevalente della rete socio-sanitaria residenziale nelle diverse regioni. Che indirizzo hanno espresso le regioni rispetto alla rete di offerta residenziale socio-sanitaria? Come si colloca questa rispetto alla rete sanitaria e sociale? L'analisi proposta è stata condotta con riferimento alla normativa regionale in quanto:

- ▶ è da questa è che possibile comprendere l'orientamento di policy e le scelte di posizionamento strategico delle singole regioni;
- ▶ è possibile da qui dedurre informazioni rispetto al mix assistenziale minimo da garantire, informazione fondamentale per comprendere il tipo di assistenza erogata oltre che il profilo tipo di ospite.

Evidentemente sarebbe fondamentale avere accesso anche a dati riguardanti i profili effettivi degli ospiti e le attività effettivamente erogate, in modo da avere un quadro chiaro dei bisogni e delle modalità di risposta concrete. Purtroppo, però, questo tipo di dati non è accessibile a livello aggregato e segnala ancora una volta l'assenza di investimenti in sistemi informativi nazionali nel settore oltre che di attenzione a questo tema di policy.

### **5.3.1 La filiera dei servizi socio-sanitari e la normativa nazionale**

Oggetto di indagine è stata quindi la rete di offerta regolata a livello regionale e definita come residenzialità socio-sanitaria dedicata ad una utenza anziana. I criteri di indagine hanno quindi portato ad includere tutti i servizi così connotati, con uno spazio predominante per le RSA, anche se alcune regioni includono nella rete di offerta altri servizi residenziali, con denominazioni differenti. La normativa regionale appare già da una prima ricognizione (si veda poi in appendice l'elenco delle fonti normative consultate per l'analisi) molto vasta e disomogenea, per contenuti, struttura, estensione e periodi di riferimento. Laddove i servizi designati sono più di uno, o dove per le RSA sono stati definiti diversi livelli assistenziali espressi anche come nuclei, è interessante cercare di capire che tipo di attività dovrebbe erogare tale filiera e quale sia il suo orientamento principale distinguendo per tipologia di servizio. Volendo individuare una definizione nazionale di RSA questa potrebbe essere: 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<sup>6</sup>. Non esistono in materia tuttavia riferimenti nazionali a valenza prescrittiva. Questo tema è stato segnalato come rilevante anche dalla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza nel documento riguardante le Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali, dove si dice: «*Si dà atto infatti che la denominazione corrente di RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) ha assunto nelle singole Regioni significati diversi, con confini spesso mal definiti rispetto a Case Di Riposo, Case Protette, Residenze Protette, Istituti di Riabilitazione Geriatrica, Lungodegenze Riabilitative etc.*». Le tipologie segnalate da tale commissione sono estremamente diverse tra loro e collocano questi servizi, a seconda della tipologia di struttura residenziale, più sul versante delle cure post-acute che non socio-sanitarie. L'unica indicazione nazionale vigente (al momento in cui si scrive, luglio 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. Qui si identificano quattro diverse tipologie di attività alle quali ricondurre quanto accade nella residenzialità socio-sanitaria:

1. R1: non autosufficienti che richiedono trattamenti sanitari intensivi, ad es. supporto alle funzioni vitali;
2. R2: non autosufficienti con elevate necessità di cura sanitaria, ad es. lesioni da decubito profonde;
3. R2D: non autosufficienti, con Parkinson e demenza senile, che necessitano di interventi riabilitativi, di riorientamento e tutela personale;
4. R3: non autosufficienti con necessità di lungo-assistenza a bassa intensità sanitaria, mantenimento, riabilitazione estensiva.

I primi tre profili, come intuibile, richiedono una forte integrazione con l'assistenza sanitaria e l'intervento di operatori sanitari ad hoc: ad esempio, guardia medica h24 per il profilo R1 (p. 9 del documento di lavoro della Commissione sopra citata). Per il quarto, invece, l'accento è posto in misura maggiore sul mantenimento ed è quindi più centrale l'intervento dell'animatore o del terapeuta (occupazionale, cognitivo, ecc.). Inoltre, varia significativamente l'intensità assistenziale richiesta. Per questa motivazione, «*è auspicabile che ogni struttura residenziale ottenga l'accreditamento per più livelli assistenziali e sia quindi organizzata in più nuclei*». In altre parole, nelle strutture dotate di più nuclei

<sup>6</sup>richiamata nel Decreto del Presidente della Repubblica del. 14/01/1997, "Approvazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".

(auspicabile secondo il legislatore) il paziente che vive un rapido incremento del bisogno assistenziale (permanente o temporaneo) può essere assistito dalle figure professionali adatte senza dover essere trasferito, beneficiando quindi del fatto che all'interno della stessa struttura trovano configurazione, tramite nuclei specializzati, diverse modalità assistenziali fondamentali rispetto a una utenza, quella anziana, che presenta bisogni mutevoli e vari nel tempo.

Queste indicazioni nazionali sono state implementate e interpretate dalle singole regioni dando come esito un panorama eterogeneo. L'analisi della normativa, che verrà poi meglio presentata nei paragrafi che seguono, mostra come alcuni territori abbiano definito e dettagliato i meccanismi di funzionamento facendo delle RSA un luogo multi-attività e multi-target, mentre altri abbiano accolto tutte le tipologie previste dalle indicazioni della Commissione Lea, ma progettando servizi e unità organizzative diverse e proponendo quindi diversi servizi residenziali, ed infine altri abbiano scelto di non differenziare l'offerta residenziale seguendo i criteri proposti, ma fissando criteri e regole su altri aspetti.

L'altro elemento da evidenziare è che la focalizzazione delle attività menzionate per le categorie proposte dalle linee guida nazionali del progetto Mattoni è di tipo strettamente sanitario, nonostante la tipologia di struttura richieda una componente duplice, anche sociale. La componente "socio", quindi, è lasciata alla definizione successiva e non trova alcuna indicazione di tipo nazionale. Anche per questo le regioni hanno espresso un maggior sforzo di regolamentazione della componente sanitaria, che trova molto più spazio nella normativa di riferimento.

In conseguenza di tutti questi elementi, le regioni hanno adottato in modo differenziato le diverse macro-categorie proposte dalle linee guida nazionali e interpretato diversamente il concetto di residenzialità socio-sanitaria. L'analisi svolta sulle normative e sugli standard definiti, che verrà presentata nei paragrafi successivi nel dettaglio, ha portato a identificare tre diversi posizionamenti strategici regionali:

1. Un primo gruppo di regioni esprime per i servizi residenziali una vocazione marcatamente orientata alla componente sanitaria delle prestazioni da erogare. In questo caso le RSA (quando presenti) e gli altri servizi che ricadono in questa definizione sono esplicitamente orientati ad attività di lungodegenza e riabilitazione e non menzionano (del tutto o quasi) la componente socio-sanitaria;
2. Un secondo gruppo di regioni esprime un posizionamento ibrido, ovvero colloca nella filiera socio-sanitaria sia servizi con una vocazione orientata prettamente alla componente sanitaria che servizi con una forte componente socio-sanitaria;

3. Un terzo gruppo inserisce servizi di natura socio-sanitaria e non ha incluso nella filiera socio-sanitaria servizi con vocazione prettamente sanitaria post acuta.

Di seguito si presenta la mappatura svolta con riferimento ai tre gruppi di regioni per poi tornare a commentare l'analisi. È importante ricordare che specularmente all'esistenza di diversi modelli regionali per quello che riguarda l'assistenza socio-sanitaria, le regioni esprimono anche posizionamenti molto differenziati rispetto alle caratteristiche dei sistemi sanitari regionali in generale e della sanità del territorio in particolare oltre che degli interventi sociali. È evidente quindi che la differenziazione regionale andrebbe letta a tutto tondo rispetto a questi temi, che determinano l'esperienza complessiva di presa in carico degli anziani.

### 5.3.2 La filiera dei servizi di residenzialità sociosanitaria per anziani non autosufficienti

L'analisi di seguito presentata considera un campione di dodici Regioni (Emilia-Romagna, Friuli-Venezia-Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Trento e Veneto<sup>7</sup>) tra quelle con una maggior presenza di servizi socio-sanitari residenziali (cfr paragrafo 5.2), esaminando la normativa di riferimento rispetto a quanto considerato come residenzialità socio-sanitaria per anziani non autosufficienti (spesso coincidente con RSA). Scopo della mappatura è evidenziare le diverse scelte di composizioni della filiera di servizi in termini di *mission* del servizio, profilo di utenti, standard assistenziali ed entità della tariffa. I dati sono stati raccolti per ogni regione tramite una prima ricerca desk utilizzando parole chiave che circoscrivessero l'analisi: "residenzialità", "anziani non autosufficienti", "socio-sanitario". Durante la prima ricognizione, condotta tra aprile e maggio 2022, non sono stati posti vincoli temporali come criterio di ricerca per le fonti.

Identificati per ogni regione i servizi corrispondenti all'oggetto di ricerca, è stata successivamente mappata la normativa regionale di riferimento per autorizzazione, accreditamento, contrattualizzazione e regolamentazione delle tariffe. Nell'analisi condotta sono stati identificati anche servizi dedicati a persone in stato vegetativo o nuclei demenze, ma questi servizi sono stati successivamente esclusi perché tipicamente normati separatamente, individuando finalità e standard precisi che richiederebbero una trattazione a parte. È ad esempio il caso dei servizi per le disabilità gravissime dell'Emilia-Romagna, oppure dei nuclei per gli stati vegetativi o per le alte complessità neurologiche del Piemonte.

<sup>7</sup> Il presente capitolo è stato redatto prima dell'adozione della DGR n. 996 del 09 agosto 2022 di Regione Veneto di riforma dell'offerta dei servizi.



Queste informazioni sono state raccolte in un primo dataset, successivamente verificato tramite interviste con esperti di aziende del settore operanti nelle regioni in esame<sup>8</sup>. L'Appendice 1 in calce al capitolo illustra i testi normativi considerati per ogni regione.

Questo esercizio ha consentito di ricostruire il posizionamento strategico regionale rispetto alla residenzialità socio-sanitaria per anziani non autosufficienti evidenziando le differenti scelte optate in termini di finalità dei servizi e relativo lessico adoperato nella loro definizione (un lessico sanitario facente riferimento a trattamenti estensivi o di mantenimento, oppure un lessico socio-assistenziale facente riferimento a trattamenti tutelari e socio-sanitari?), profili di utenza target, intensità assistenziale ed entità della tariffa sanitaria e alberghiera (inclusa la compartecipazione dell'utenza). Definito il posizionamento delle dodici regioni considerate, in seguito è stato possibile sintetizzare le caratteristiche emergenti nei tre differenti gruppi della classificazione proposta (Tabella 5.8).

Tabella 5.8 **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
<b>Regioni considerate</b>	Lazio Sardegna	Friuli-Venezia-Giulia Liguria Marche Puglia PA Trento	Emilia-Romagna Lombardia Piemonte Toscana Veneto
<b>Filiera dei servizi</b>	Cure intermedie, riabilitazione estensiva, lungo-degenza	Riabilitazione estensiva, lungo-degenza, socio-assistenziale	Socio-assistenziale, riabilitazione
<b>Profilo di utenza</b>	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
<b>Intensità assistenziale</b>	Assistenza sanitaria, riabilitativa e tutelare	Assistenza tutelare e riabilitativa	Assistenza principalmente tutelare ed eventualmente riabilitativa
<b>Tariffa</b>	100% SSR o compartecipazione utente al 50%	100% SSR o compartecipazione utente al 50%	Compartecipazione utente al 50% o maggiore

### *Le regioni con orientamento marcatamente sanitario*

L'analisi sulla normativa porta ad inserire in questo primo gruppo Lazio e Sardegna.

In queste Regioni la normativa di riferimento per la residenzialità per anziani definisce una filiera di servizi ampia, includendo servizi di riabilitazione

<sup>8</sup> Si ringrazia per il prezioso contributo gli esperti che hanno partecipato alle interviste.

intensiva ed estensiva, oltre al mantenimento. Infatti, per le RSA in Regione Lazio si declinano le seguenti unità di offerta:

- ▶ Nuclei di assistenza residenziale intensiva
- ▶ Nuclei di assistenza residenziale estensiva e i nuclei di assistenza residenziale estensiva per disturbi cognitivo-comportamentali gravi
- ▶ Nuclei di assistenza residenziale di mantenimento RSA A e B
- ▶ Similmente, Regione Sardegna declina le RSA secondo i servizi:
- ▶ Residenzialità per cure sociosanitarie intensive R1
- ▶ Residenzialità per cure sociosanitarie estensive R2
- ▶ Residenzialità per cure sociosanitarie a minore intensità R3 D, A e B.

Lazio e Sardegna definiscono in modo analogo la *mission* delle RSA quali strutture socio-sanitarie finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, assistenziali di recupero funzionale e di inserimento sociale nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non autosufficienti (Lazio: DCA n. U0008/2011; Sardegna: DGR 25/6 del 2006). Emerge una finalità del servizio fortemente incentrata alla tutela sanitaria di utenti non necessariamente anziani che esprimono rilevanti bisogni assistenziali o comunque per i quali sussiste una necessità riabilitativa, eventualmente in fase di dimissione ospedaliera.

Gli standard assistenziali definiti dalle normative confermano queste osservazioni. In entrambe le regioni e per ognuno dei servizi della filiera RSA, infatti, oltre al personale infermieristico, riabilitativo e socioassistenziale, è normata la presenza di medici di struttura con requisiti di minutaggio molto rilevanti. Da notare, inoltre, come Regione Lazio, a differenza della Sardegna, non espliciti alcun requisito di minutaggio relativamente al personale educativo o di animazione, professionisti tipicamente coinvolti nella residenzialità per anziani. Infine, entrambe le regioni richiedono la presenza di ulteriori figure professionali quali l'assistente sociale e il dietologo o dietista.

Un ulteriore elemento che aiuta a comprendere l'orientamento del posizionamento strategico regionale è l'entità della tariffa. Infatti, l'assenza di una compartecipazione dell'utente (retta alberghiera) è un chiaro indizio della vocazione sanitaria del servizio o della scelta di policy di collocare un intervento nella filiera sanitaria (per evitare appunto la compartecipazione, per avere accesso a specifici canali di finanziamento). Applicando questo ragionamento ai casi in esame, in coerenza con quanto sin qui descritto, notiamo come sia Lazio che Sardegna presentino all'interno della normativa relativa alla residenzialità per anziani servizi che non richiedono una compartecipazione delle famiglie: questi sono i servizi a maggiore intensità assistenziale (nuclei intensivi ed estensivi).

La Tabella 5.9 prende in considerazione il livello assistenziale inferiore in entrambe le regioni, cioè il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento

Tabella 5.9 **Assistenza erogata, tariffa SSR e alberghiera per RSA B di Regione Lazio e la residenzialità per cure socio-sanitarie a minore intensità R3B di Regione Sardegna**

Assistenza	Lazio	Sardegna
Medica	80 min/die/20PL	3,3 min/die/ospite
Infermieristica		16 min/die/ospite
Tutelare	100 min/die/ospite	88 min/die/ospite
Riabilitativa		10 min/die/ospite
Socioeducativa	/	7 min/die/ospite
<b>Tariffa SSR</b>	49,20 €/die/ospite	58 €/die/ospite
<b>Tariffa alberghiera</b>	49,20 €/die/ospite	58 €/die/ospite

RSA B per il Lazio e la residenzialità per cure socio-sanitarie a minore intensità R3B per la Sardegna. Questo consente di verificare l'assistenza richiesta dalla normativa e la relativa tariffa per un confronto sia tra Lazio e Sardegna che con le regioni con altre vocazioni per RSA descritte successivamente. Se nel Lazio il requisito di assistenza medica è definito per nuclei di 20 posti letto (PL) da parte del medico di struttura, la Sardegna declina più dettagliatamente il minutaggio assistenziale, prevedendo le figure del direttore delle attività cliniche, del geriatra e del fisiatra oltre al requisito circa la presenza del Direttore Sanitario (non esplicitata in termini di minutaggio assistenziale). Similmente, anche definendo i requisiti di assistenza infermieristica, tutelare e riabilitativa, il Lazio prevede un minutaggio complessivo, mentre la Sardegna declina più dettagliatamente il requisito dei diversi professionisti. Infine, si registra una tariffa complessiva di € 98,40/die per ospite in Lazio e € 116/die per ospite in Sardegna, la quale in entrambi i casi è coperta per il 50% dai SSR e per la restante metà dalla compartecipazione dell'utente.

#### *Le regioni con orientamento ibrido sanitario/socio-sanitario*

Passando alle regioni che esprimono un posizionamento strategico ibrido sanitario/socio-sanitario secondo la riclassificazione proposta, troviamo Friuli-Venezia-Giulia, Liguria, Marche, Puglia e la Provincia Autonoma di Trento.

Se la normativa di riferimento definisce una filiera di servizi ampia come nel caso del Lazio e della Sardegna, le regioni appartenenti a questo cluster declinano i servizi di residenzialità per anziani concentrando maggiore attenzione ai servizi di mantenimento, tutela socio-sanitaria e lungo-degenza. La Tabella 5.10 evidenzia le unità di offerta presenti nelle regioni con orientamento ibrido.

Nelle regioni in analisi, pur prevedendo in alcuni casi servizi afferenti alla riabilitazione estensiva (ma in nessun caso a cure intensive), si evince per la residenzialità un profilo di utenza target anagraficamente anziano non autosufficiente o parzialmente autosufficiente che non può permanere al domicilio, manifestando un bisogno di interventi socio-sanitari di recupero funzionale, di

Tabella 5.10 **Unità di offerta presenti in Friuli-Venezia-Giulia, Liguria, Marche, Puglia, e Provincia Autonoma di Trento**

Regione	Unità di offerta
Friuli-Venezia-Giulia	RSA e RSA livello assistenziale riabilitativo Residenze per anziani non autosufficienti N1, N2 e N3
Liguria	RSA di riabilitazione post acuzie RSA di mantenimento e residenze protette
Marche	RSA per persone non autosufficienti R2 e per persone con demenza R2D Residenze protette per Anziani non autosufficienti R3 e per persone con demenza R3D
Puglia	RSA estensiva tipo A e B RSA di mantenimento tipo A e B
PA Trento	RSA base RSA nucleo sanitario

mantenimento funzionale e di lungo-assistenza a ciclo continuo, eventualmente a prevalenza sanitaria.

Gli standard assistenziali previsti dalle normative regionali confermano le finalità dei servizi. A differenza del gruppo precedente, solamente in Liguria, in Puglia e nella PA di Trento è richiesto un requisito puntuale di assistenza medica in struttura (prevedendo nei primi due casi sia il direttore/responsabile sanitario che il medico di struttura) per ogni unità di servizio. Invece, in Friuli-Venezia-Giulia e nelle Marche l’assistenza medica è erogata dal MMG, ad eccezione dei servizi di RSA del Friuli-Venezia-Giulia e dei servizi di RSA R2 e R2D marchigiani (comunque servizi a carattere estensivo e non puramente residenziale) dove è prevista la presenza del medico di struttura con un relativo carico assistenziale per nucleo o per ospite. In tutte le regioni in analisi è invece prevista la presenza di personale infermieristico e socio-assistenziale. Unicamente per una unità di offerta marchigiana, la residenza protetta per anziani non autosufficienti R3, non è normato il minutaggio del personale riabilitativo e socio-educativo, presente in tutte le altre regioni per tutti i servizi. Infine, la Puglia stabilisce ulteriori requisiti di personale, richiedendo la presenza dell’assistente sociale e dello psicologo per tutti i servizi, mentre il Friuli-Venezia-Giulia richiede la presenza dello psicologo e del dietista nei servizi di RSA.

Per quanto riguarda l’entità della tariffa, a differenza del gruppo di regioni precedente, tutte le regioni caratterizzate da una vocazione ibrida sanitaria-socio-sanitaria, infatti, presentano una compartecipazione dell’utente (retta alberghiera) per tutte le unità di servizio. Coerentemente con la natura sanitaria dei servizi specifici, fanno eccezione la RSA estensiva pugliese dove il 100% della tariffa è a carico del SSR e le RSA del Friuli-Venezia-Giulia che, limitatamente per i primi 30 giorni per i livelli base e medio e per i primi 40 giorni per il livello riabilitativo, non prevedono una compartecipazione dell’utente.

Coerentemente con il precedente gruppo, la Tabella 5.11 prende in considerazione i servizi di residenzialità per anziani non autosufficienti più comparabili rispetto a *mission* e profili di utenti. Questo esercizio significa individuare una singola unità di offerta per ogni regione che consenta un confronto appropriato in termini di assistenza richiesta dalla normativa e relativa tariffa. Per questo motivo, per il Friuli-Venezia-Giulia sono state considerate le residenze per anziani non autosufficienti N3, per la Liguria la RSA di mantenimento, per le Marche la residenza protetta per anziani non autosufficienti R3, per la Puglia la RSA di mantenimento tipo A e per la PA di Trento la RSA base.

Notiamo una certa eterogeneità nella definizione degli standard assistenziali, sia tra diverse regioni che, per la stessa regione, per professionalità differenti. Così, se Liguria e Marche utilizzano solamente il minutaggio/die per ospite, il Friuli-Venezia-Giulia introduce anche il minutaggio/settimana per ospite e la PA di Trento le unità di personale per numero di PL. Invece, la Puglia adotta sia un requisito di ore/settimana per nucleo di 20 PL che un requisito di unità per nucleo di 20 PL. Infine, per quanto riguarda le tariffe notiamo due sottogruppi di regioni. Se Liguria, PA di Trento e Puglia esplicitano precisamente sia la tariffa a carico del SSR che quella a carico dell'utente (tariffa alberghiera), in Friuli-Venezia-Giulia e Marche non vi è una tariffa alberghiera puntualmente definita. Dalle interviste condotte è emerso che in queste due regioni la compartecipazione privata si assesta tra i 60 e i 70 €/die per ospite. Pertanto, in Friuli-Venezia-Giulia e nelle Marche non si verifica la copertura per il 50% da parte del SSR e per la restante metà dalla compartecipazione dell'utente, a conferma della minore vocazione sanitaria dei servizi.

#### *Le regioni con orientamento prettamente socio-sanitario*

Infine, le regioni che esprimono una vocazione prioritariamente socio-sanitaria nella definizione della residenzialità socio-sanitaria per anziani non autosufficienti risultano Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Toscana e Veneto.

In queste regioni la normativa di riferimento per RSA definisce una filiera di servizi focalizzata sull'assistenza socio-sanitaria continuativa presso strutture residenziali caratterizzate dall'erogazione di prestazioni tutelari per promuovere il benessere di persone anziane non autosufficienti non assistibili al domicilio. Infatti, in Emilia-Romagna troviamo il servizio di Casa-Residenza per Anziani (CRA), declinato rispetto diversi livelli assistenziali dal maggiore CRA A al minore CRA D. In Lombardia sono presenti le RSA per anziani, in questo caso declinate rispetto diversi profili SOSIA dalla classe maggiore 1 alla minore 8. Anche le RSA piemontesi, presidi di ricovero residenziale per anziani non autosufficienti, prevedono differenti livelli assistenziali dalla alta-incrementata alla bassa. Similmente, in Toscana le RSA sono differenziate in assistenza alta (moduli specialistici), di base, e bassa. Infine, in Veneto sono presenti i Centri di Servizio per persone anziane non autosufficienti che

Tabella 5.11 **Assistenza erogata, tariffa SSR e alberghiera per residenze per anziani non autosufficienti N3 di Friuli-Venezia Giulia, RSA di mantenimento in Liguria, residenza protetta per anziani non autosufficienti R3 nelle Marche, RSA di mantenimento tipo A in Puglia e RSA base di PA di Trento**

Assistenza	FVG	Liguria	Marche	Puglia	PA Trento
Medica	MMG	4 min/die/ ospite	MMG	6 ore/settimana/20PL	2 min/die/ ospite
Infermieristica	17 min/die/ospite	26 min/die/ ospite	20 min/die/ ospite	2 unità/20PL	6 unità/60PL
Tutelare	100 min/die/ospite	88 min/die/ ospite	80 min/die/ ospite	5 unità/20PL	1 unità/2,1PL
Riabilitativa	35 min/settimana/ ospite	6 min/die/ ospite	/	12 ore/ settimana/20PL	1 unità/50PL
Socioeducativa	29,4 min/settimana/ ospite	3 min/die/ ospite	/	12 ore/ settimana/20PL	1 unità/60PL
<b>Tariffa SSR</b>	(12 € + 18 €)*die/ ospite	46,24 €/die/ ospite	33,51 €/die/ ospite	50,17 €/die/ospite	76,63 €/die/ ospite***
<b>Tariffa alberghiera</b>	/	42 €/die/ ospite	/	50,17 €/die/ospite	48,08 €/die/ ospite

\* Per FVG la tariffa SSR indicata esplicita sia la tariffa sanitaria di 12 € che la contribuzione regionale per l'abbattimento della tariffa alberghiera di 18 €.

\*\*\* PA Trento definisce una tariffa sanitaria decrescente rispetto al numero di posti letto: da 87,78 €/die/ospite fino a 40PL a 76,63 €/die/ospite oltre i 61PL. Gli autori hanno utilizzato quest'ultima tariffa in quanto empiricamente più ricorrente.

si differenziano rispetto due livelli di assistenza (assistenza media e assistenza ridotta).

Le normative regionali richiedono standard assistenziali che confermano la finalità prettamente socio-sanitaria dei servizi. La maggior parte delle regioni in esame non presenta il requisito dell'assistenza medica erogata da un medico di struttura, in quanto questa è prevista tramite il MMG in Piemonte (dove però deve essere presente il direttore sanitario), Toscana e Veneto. In una situazione intermedia si trova l'Emilia-Romagna dove usualmente l'assistenza è erogata direttamente dal MMG dell'ospite. Nel caso in cui essa sia erogata dal medico di struttura è però previsto un rimborso a rendicontazione del relativo costo sostenuto. Da notare che sia Toscana che Emilia-Romagna, anche nel caso di assistenza medica da parte del MMG, prevedono requisiti specifici in termini di carico assistenziale. Infine, in Lombardia è richiesto uno standard di assistenza erogata dal medico di struttura.

Per quanto riguarda la definizione degli standard, notiamo anche in questo gruppo una marcata eterogeneità (Tabella 5.11). Infatti, se Emilia-Romagna e Veneto definiscono un certo numero di unità di personale per dato numero di PL, Toscana definisce invece un monte ore annuo totale per nucleo di 40 PL, Piemonte un minutaggio/die per ospite e, unicamente per le attività socio-

educative, un monte ore settimanale per 72 PL ed infine Lombardia un minutaggio settimanale complessivo per ospite, comprendendo assistenza medica, infermieristica, riabilitativa e di altre figure professionali come terapisti occupazionali o psicologi. La presenza di psicologi è richiesta anche in altre regioni: è il caso di Emilia-Romagna e del Veneto. In quest'ultima regione, inoltre, è richiesta anche la presenza dell'assistente sociale, mentre in Piemonte la figura del logopedista.

Infine, per quanto riguarda le tariffe notiamo in tutte le regioni in analisi e per tutte le unità di offerta considerate è prevista una compartecipazione da parte dell'utente, a conferma della vocazione socio-sanitaria dei servizi di residenzialità per anziani. Se Emilia-Romagna e Piemonte definiscono puntualmente le tariffe alberghiere, le normative del Veneto e della Toscana forniscono unicamente degli indirizzi per definirla. Lombardia invece non presenta una indicazione esplicita rispetto la compartecipazione degli utenti, sebbene i dati riportati dall'Osservatorio FNP CISL Lombardia sulla assistenza socio-sanitaria residenziale e domiciliare (RSA) (2022) mostrino che questa vari dai 63,91 ai 72,31 €/die nel 2021. Considerando invece la tariffa sanitaria, tutte le regioni presentano indicazioni precise sulla sua entità, ad eccezione dell'Emilia-Romagna. In questa regione, infatti, non è presente una tariffa sanitaria a

Tabella 5.12 **Assistenza erogata, tariffa SSR e alberghiera per Casa-Residenza per Anziani D in Emilia-Romagna, per RSA classe 4 in Lombardia, RSA di livello medio-alta in Piemonte, RSA a bassa intensità assistenziale in Toscana e per Centri di Servizio per persone anziane non autosufficienti di assistenza ridotta in Veneto**

Assistenza	RER	Lombardia	Piemonte	Toscana	Veneto
Medica	(MMG)	901 min/sett./ospite	MMG	MMG	MMG
Infermieristica	1 unità/12PL		25 min/die/ospite **	3268 ore/anno/40PL	1 unità/15PL
Tutelare	1 unità/3,1PL		105 min/die/ospite	24510 ore/anno/40PL	1 unità/2,5PL
Riabilitativa	1 unità/60-40PL		**	817 ore/anno/40PL	Erogata da AULSS
Socioeducativa	1 unità/60PL		18 ore/sett./72PL	3268 ore/anno/40PL	1 unità/60PL
Tariffa SSR	(28,5+20)€/die/ospite*	41,50€/die/ospite	44,57 €/die/ospite	44,42 €/die/ospite	49 €/die/ospite
Tariffa alberghiera	50,05/die/ospite	/	44,00 €/die/ospite	/	/

\* Regione Emilia-Romagna definisce una tariffa gravante sul FRNA pari a 28,5€/die per ospite, mentre il SSR rimborsa i costi di personale sanitario effettivamente sostenuti. Per semplicità, gli autori hanno stimato un rimborso di 20€/die per ospite, ipotizzando l'assistenza medica da parte del MMG.

\*\* Regione Piemonte definisce un unico parametro di assistenza infermieristica e riabilitativa complessivamente di 25 minuti/die per ospite.

carico del SSR che procede al rimborso del costo del personale sanitario entro determinati limiti di inquadramento. È invece definita una tariffa gravante sul Fondo Regionale Non Autosufficienze (FRNA).

La Tabella 5.12 sintetizza le considerazioni precedenti prendendo in analisi i servizi di residenzialità per anziani non autosufficienti più comparabili rispetto a *mission* e profili di utenti nelle regioni del gruppo a vocazione sociosanitaria, cioè per Emilia-Romagna la CRA D, per Lombardia la RSA classe 4, per Piemonte la RSA di livello medio-alta, per Toscana la RSA a bassa intensità assistenziale e per Veneto il Centro Servizi di assistenza ridotta.

#### *RSA: “etichetta” univoca per tanti significati*

L'analisi sin qui condotta ha permesso di mappare i servizi di residenzialità socio-sanitaria per anziani non autosufficienti in dodici regioni italiane. Questi servizi sono tipicamente ricondotti alla RSA, ma questa etichetta definisce una pluralità di vocazioni e di unità di offerta differenti, di cui la residenzialità socio-sanitaria è solo una delle molte. 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. Queste sono tipicamente le 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.

#### *Filiera della residenzialità e scelte di policy delle Regioni*

Andando oltre il tema semantico e definitorio, l'analisi svolta mostra anche diverse scelte di policy regionali. All'interno del quadro definito a livello nazionale, che parla di diversi livelli di intensità e tipologie di assistenza che possono essere erogate in strutture residenziali connotate come socio-sanitarie (da trattamenti intensivi ed alta intensità fino a trattamenti estensivi, di riabilitazione o bassa intensità), le regioni hanno definito la filiera dei servizi con una estensione differente. Alcune di esse hanno interpretato questo servizio 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. 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. Altre 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.

### *Residenzialità socio-sanitaria, PNRR e prospettive future*

Dall'analisi presentata emerge chiaramente come le RSA possano presentare, a seconda dei contesti regionali, *mission* e vocazioni di servizio differenti, che variamente si collocano e posizionano nell'ampio spettro dal sanitario al socio-sanitario. Questo elemento di eterogeneità e variabilità nelle vocazioni assume una rilevanza ancora maggiore se si pensa al fatto che, come indicato dal recente DM 77/2022, il servizio di RSA potrà essere (fisicamente) integrato con altre tipologie di assistenza, in particolare con i setting di cure intermedie quali gli ospedali di comunità. Nel decreto viene infatti stabilito che «*l'ospedale di comunità può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale*». In questo senso, le RSA potranno ospitare al loro interno posti letto di cure intermedie dando quindi luogo ad un setting assistenziale di fatto nuovo ed integrato, che combina assistenza residenziale da un lato e cure intermedie dall'altro, in parte fungendo da anello di congiunzione tra ospedale e territorio, funzione essenziale riconosciuta all'ospedale di comunità. Il PNRR assegna 1 miliardo di euro all'investimento dedicato al rafforzamento degli ospedali di comunità, da spendere entro il 2026 e, al contempo, le indicazioni e gli standard del DM 77/2022 implicano la costruzione di circa 1.200 nuove strutture sul territorio nazionale. Appaiono dunque chiare le potenzialità significative di sviluppo nei prossimi cinque anni, con le sfide implicite poste alla capacità di integrare questi nuovi setting di cura con la filiera dei servizi già esistenti. Questa riflessione si complica ulteriormente se si considera il diverso posizionamento strategico che il servizio RSA assume e può assumere nei vari contesti regionali (sanitario, ibrido o socio-sanitario): la (diversa) vocazione dell'assistenza residenziale giocherà un ruolo nella scelta di dove collocare gli ospedali di comunità? Se, come ci aspettiamo, la risposta sarà affermativa, allora bisognerà innanzitutto prendere consapevolezza di quale vocazione dovrà essere espressa dal servizio RSA all'interno dei propri confini regionali e, in secondo luogo, capire se si ritiene opportuno integrare residenzialità e cure intermedie, con quale modello di servizio, meccanismi di gestione e di governance, target di utenza e modelli assistenziali. In altre parole, se si propenderà per avere nello stesso

edificio RSA e ospedale di comunità, ci si dovrà interrogare sulle modalità di integrazione di questi setting assistenziali, sulle potenziali sinergie degli stessi, in un'ottica che guarda all'integrazione dell'offerta come condizione per garantire una migliore qualità di cura. Temi simili si pongono anche per l'assistenza domiciliare (ADI), oggetto di revisione e riprogettazione con PNRR, rispetto al quale ci si aspetta che anche la telemedicina e la digitalizzazione possano giocare un ruolo.

## 5.4 Conclusioni

Il quadro di evidenze rappresentato nel capitolo pone alcuni temi di riflessione che, inevitabilmente, si intrecciano con il più ampio dibattito in corso nel Paese riguardante l'utilizzo delle risorse del PNRR, l'efficace traduzione dell'opportunità offerte dal Piano in un concreto miglioramento della rete dei servizi socio-sanitari e le proposte di riforma del settore.

Un aspetto preliminare, già più volte sottolineato all'interno delle precedenti edizioni del Rapporto OASI (motivo per cui se ne fa solo rapido cenno), è quello della carenza di un sistema informativo integrato e uniforme in grado di restituire una fotografia aggiornata e completa del settore socio-sanitario: si tratta di un elemento che permetterebbe di migliorare in modo determinante le premesse su cui poggia qualsiasi attività di programmazione strategica nazionale e qualsiasi ragionamento su possibili riforme e investimenti.

In mancanza di un sistema informativo univoco e integrato, sulla base delle informazioni raccolte si propongono almeno tre temi su cui soffermare l'attenzione:

- ▶ Tasso di copertura del bisogno vs capacità di intercettare il target
- ▶ Servizi residenziali vs servizi semi-residenziali vs servizi domiciliari
- ▶ Omogeneità vs differenziazione regionale.

Come sempre, è importante partire dai dati che collegano l'attuale sistema d'offerta ai bisogni espressi dalla popolazione. Come sottolineato, ISTAT ha aggiornato la modalità di rilevazione della stima della popolazione anziana non autosufficiente, ampliandone dunque la platea stimata come destinataria potenziale. Si tratta di un passo importante verso una maggiore veridicità del dato relativo alle effettive esigenze espresse (o non espresse) nei diversi territori dalle famiglie italiane. L'ampliamento del denominatore rende di conseguenza più evidente la mancata capacità del sistema pubblico di farsi carico di un'ampia parte di popolazione che, in parte per scelta e in parte per necessità, trova le risposte altrove o le auto-organizza con i mezzi a disposizione. I dati illustrano inoltre come la più ampia parte del bisogno degli anziani non autosufficienti sia oggi intercettata dai servizi di tipo domiciliare, rispetto ai quali

però l'intensità assistenziale limitata a interventi di carattere sanitario (come coerente con la vocazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata) pone dubbi sull'effettiva capacità di presa in carico del bisogno complessivo espresso dalla popolazione target. A questo proposito, si riflette a questo punto sulla correttezza dell'espressione "tasso di copertura del bisogno": probabilmente, sarebbe più corretto parlare di "capacità dei servizi di intercettare il target", un concetto più coerente con l'attuale possibilità che alcuni servizi (come quelli domiciliari) hanno di farsi carico di porzioni delle esigenze espresse dagli anziani non autosufficienti e dalle loro famiglie. Questo spunto di riflessione ci porta dunque al ruolo delle diverse tipologie di servizi socio-sanitari nel contesto del PNRR e delle proposte di riforma oggi oggetto di dibattito.

La seconda questione attiene quindi la relazione (oggi e in prospettiva) tra servizi di assistenza domiciliare, servizi residenziali e servizi semi-residenziali. Partendo da questi ultimi, appare evidente la necessità di un ripensamento del loro modello di servizio e del target di utenza che devono intercettare. Gli anni della pandemia hanno indebolito ulteriormente questo tassello della rete di offerta che già iniziava a risultare poco allineato alle esigenze degli anziani e delle famiglie nel contesto attuale. Sicuramente esiste uno spazio per investire maggiormente sui servizi semi-residenziali dedicati al decadimento cognitivo nelle fasi più lievi e in una loro più efficace integrazione con gli altri servizi della filiera. I posti letto nei servizi residenziali presentano oggi una distribuzione eterogenea sul territorio nazionale e vocazioni diverse a seconda delle Regioni, ma appaiono oggi per molte famiglie l'unico nodo della rete di offerta pubblica in grado di prendere in carico le situazioni più complesse della non autosufficienza. Il percepito delle famiglie è quindi che l'unica risposta offerta dalla rete di welfare sia quella delle RSA, spesso lontana dalle loro esigenze e dai loro desiderata. L'opzione dell'assistenza domiciliare, per le sue caratteristiche, non è infatti percepita come "risolutiva". Le percentuali più basse di "tasso di copertura del bisogno" espresse dai servizi residenziali andrebbero quindi lette incrociando tali dati con l'effettiva capacità di dare risposta alle famiglie (al momento più elevate rispetto ai servizi domiciliari). In un'Italia in cui i tassi di invecchiamento aumentano sempre di più, è realistico pensare a un ridimensionamento del ruolo della residenzialità? Questo interrogativo si collega al ruolo immaginato in prospettiva per la cura e l'assistenza al domicilio: i servizi che vengono erogati alle persone non autosufficienti nelle proprie case sono oggi quelli maggiormente in grado di raggiungere in media il 21% del bisogno ma, come già detto, senza veramente essere in grado di contribuire in modo determinante alla presa in carico a 360° dei bisogni dell'utenza target. Siccome si ragiona, anche in ottica PNRR, di puntare maggiormente sull'assistenza al domicilio, come dimostra il target di presa in carico del 10% degli over65 tramite ADI, è possibile rendere concreto il ragionamento solo dirimendo due questioni: quale vocazione deve avere il servizio domiciliare ("solo" interventi

di tipo principalmente sanitario come avviene oggi oppure ampliare lo spettro di azione includendo la componente assistenziale e/o consulenza e supporto alle famiglie nell'organizzazione della cura dei propri familiari) e quale personale (quindi anche quali competenze) sono necessarie per garantire l'erogazione di tali attività su una fetta di popolazione più ampia. I servizi socio-sanitari andrebbero poi considerati (e programmati) in relazione delle attività e reti territoriali e in sinergia con le indicazioni date ai medici di medicina generale. Questo perchè è innegabile che i bisogni delle famiglie e dei singoli esprimano una profonda interconnessione con i fabbisogni di salute (sia in termini di prevenzione, che di cura, che di mantenimento). Ma anche perché è evidente che molte delle attività erogate dai servizi socio-sanitari sono connesse e dipendono da attività della medicina del territorio e la relazione tra i due non può essere ignorata, soprattutto in un'epoca di riprogettazione dei modelli regionali.

Infine, il terzo tema da approfondire riguarda l'omogeneità o la differenziazione a livello territoriale del sistema socio-sanitario. La ricerca presentata (riguardante nello specifico i servizi residenziali) ci conferma che oggi non è veramente possibile parlare di un'unica rete di servizi socio-sanitari, ma di tante configurazioni diverse a seconda di come ciascuna Regione ha deciso di interpretare la normativa di riferimento. In prima battuta, verrebbe da interrogarsi su quanto tali scelte siano state esplicite o emergenti da parte dei policy-maker. Il dubbio che viene, in mancanza di dati che consentano una programmazione delle politiche *evidence-based*, è che siano state almeno in parte emergenti. Queste scelte esitano inoltre in diverse relazioni (per caratteristiche e intensità) che le strutture residenziali hanno con gli altri nodi della rete sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale che dipendono, almeno parzialmente, dalla prevalenza di una vocazione sanitaria o socio-sanitaria delle RSA di ciascuna regione. C'è poi un'ultima conseguenza di queste scelte: quella sugli utenti e le loro famiglie. I diversi approcci adottati dalle regioni rispetto alla vocazione dei servizi residenziali portano con sé anche diverse normative sugli standard assistenziali (sia in termini di intensità assistenziale, sia di skill mix), sulle tariffe e sulla compartecipazione alla spesa eventualmente richiesta alle famiglie. Ne derivano dunque esperienze di fruizione del servizio molto differenziate che rischiano di avere anche risultati diversi sotto profili di equità e di accesso. Ad esempio, se da un lato una vocazione sanitaria corrisponde a un minore livello di compartecipazione dell'utente, dall'altro lato ha delle implicazioni sulla capacità del sistema regionale di erogare ampi volumi di prestazioni. In ultima analisi, più che di ragionare se abbia senso rivedere il sistema per orientarlo verso una poco realistica omogeneità assoluta da Nord a Sud, sarebbe più utile ragionare su quali esiti generano le scelte di posizionamento strategico fatte dalle singole regioni. Si torna dunque al punto di partenza: nel ragionare di investimenti e riforma del settore, sarebbe utile aggiungere una riflessione su quali indicatori e quali aree interessa misurare e valutare e che

permettano di esercitare l'autonomia di scelta regionale all'interno di metriche condivise, da utilizzare come driver per decidere quale tipologia di servizio e quale tipologia di vocazione della rete di offerta garantisce un risultato migliore nella presa in carico dei bisogni delle persone anziane non autosufficienti. Solo in questo modo le scelte, le riforme nazionali, gli investimenti del PNRR, le politiche regionali potranno efficacemente orientarsi verso una migliore capacità di rispondere alle esigenze dei cittadini.

## Bibliografia

- Berloto, S., Longo, F., Notarnicola, E., Perobelli, E., Rotolo, A. (2021), «Anziani e demenze: rete socio-sanitaria e sociale e stato di implementazione dei Piani Regionali Demenze», in CER GAS SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2021*. Milano: Egea.
- Berloto S., Longo F., Notarnicola E., Perobelli E., Rotolo A. (2020), «Il settore sociosanitario per gli anziani a un bivio dopo l'emergenza Covid-19: criticità consolidate e prospettive di cambiamento», in CER GAS SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2020*. Milano: Egea.
- Fosti, G., Notarnicola, E., Perobelli, E. (a cura di) (2022), *Il presente e il futuro del settore Long Term Care: cantieri aperti 4° Rapporto Osservatorio Long Term Care*. Milano: Egea.
- Fosti G., Furnari A., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A. (2016), «Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi», in CER GAS Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano: Egea.
- Istat (2021). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019. Disponibile al link: <https://www.istat.it/it/files//2021/07/Report-anziani-2019.pdf>
- ISTAT, (più anni), *Spesa per interventi e servizi sociali – Anno 2019; Anno 2018*.
- Ministero della Salute, (2021), *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN - Anno 2019*.
- Ministero della Salute, (2022), *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN - Anno 2020*.
- Osservatorio FNP CISL Lombardia sulla assistenza socio-sanitaria residenziale e domiciliare (RSA) (2022), *RSA Lombardia - Riepilogo Generale 2021*. Disponibile al link: <https://www.pensionaticisl Lombardia.it/pdf/negoiazione/riepilogo-generale-rsa-2021.pdf>
- Perobelli E., Berloto S., Notarnicola E., Rotolo A. (2021), «L'impatto di Covid-19 sul settore LTC e il ruolo delle policy: evidenze dall'Italia e dall'estero», in Perobelli E., Fosti G, Notarnicola E., (a cura di) *Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia 3° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Egea: Milano.

## Appendice 1 La normativa regionale analizzata

Regione	Atto n.	Oggetto
<b>Emilia-Romagna</b>	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
	DGR n. 1422/2020	Adeguamento provvisorio della remunerazione dei servizi socio-sanitari ai sensi della DGR n. 273/2016 e s.m.i
<b>Friuli-Venezia-Giulia</b>	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
<b>Lazio</b>	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"

Regione	Atto n.	Oggetto
<b>Lazio</b>	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
<b>Liguria</b>	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)



Regione	Atto n.	Oggetto
<b>Liguria</b>	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 sociosanitari. Approvazione documento recante "Modalità applicative del programma operativo", schema tipo degli accordi contrattuali e indicatori di qualità
<b>Lombardia</b>	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
<b>Marche</b>	DRG. n. 1011/2013	Definizione degli standard assistenziali e dei criteri di rilevazione dei costi gestionali della residenzialità e semiresidenzialità delle aree sanitarie extra-ospedaliere e socio-sanitarie 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 I, lettere a), b), c), d) e comma 2



Regione	Atto n.	Oggetto
<b>Marche</b>	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))”.
<b>Piemonte</b>	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.
<b>Puglia</b>	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

Regione	Atto n.	Oggetto
<b>Sardegna</b>	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.
<b>Toscana</b>	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 capitolaria 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'accreditamento e degli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti"
<b>PA Trento</b>	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"

Regione	Atto n.	Oggetto
<b>Veneto</b>	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'accreditamento 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.

**La realizzazione del Rapporto OASI 2022 è stata possibile  
grazie ai contributi incondizionati di**



**ASSOLOMBARDA**



**Dedalus**



**VIATRIS**