

## 6. I servizi residenziali

### 6.1. La situazione attuale

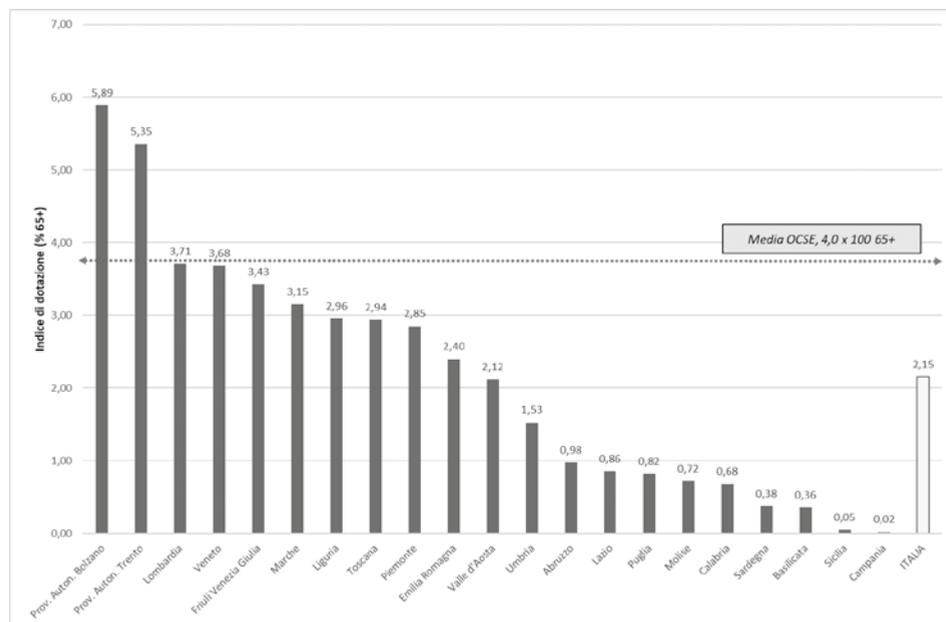
Secondo l'Annuario Statistico del SSN, i servizi residenziali sociosanitari italiani dispongono di 212.874 posti letto per anziani; nel 2022 hanno accolto 302.546 utenti (Ministero della Salute, 2023) <sup>(1)</sup>. I dati ISTAT riportano invece 267.000 posti letto che ospitano 215.449 anziani non autosufficienti; il 77% dei residenti ha più di 80 anni (ISTAT, 2023) <sup>(2)</sup>. Solo poche Regioni prevedono infine chiari requisiti per le strutture sociali, che dovrebbero accogliere circa 11.000 anziani (Fosti, 2023). Nel complesso, queste e altre analisi sono condizionate dalla carenza di definizioni e di criteri omogenei per la classificazione delle strutture e dei bisogni dei residenti. La stima della dotazione di servizi, della loro tipologia e della diversificazione delle popolazioni presenta quindi elevati margini d'incertezza. Il dato più sicuro è l'estrema diversità della dotazione territoriale (fig. 6.1).

---

<sup>(1)</sup> MINISTERO DELLA SALUTE (2023), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2022*. Ministero della Salute, Roma.

<sup>(2)</sup> ISTAT (2023), *Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie al 1° gennaio 2022*, ISTAT, Roma.

Figura 6.1 - Italia. Servizi residenziali sociosanitari per anziani (posti letto x 100 65+) (2022)



Fonte: elaborazione propria su dati Ministero della Salute, 2023.

### Chi gestisce i servizi residenziali?

Come in altri Paesi europei (Spasova, 2018) la maggioranza dei servizi residenziali italiani è gestita da organizzazioni non-profit o religiose (57%), i restanti da enti privati for-profit (24%) o da enti pubblici (19%). Nel 10% dei casi la gestione è esternalizzata a un ente diverso da quello titolare della struttura; nelle regioni del Nord sono affidate a organizzazioni non profit tre strutture pubbliche su dieci, nel Centro-Sud quattro su dieci (ISTAT, 2023).

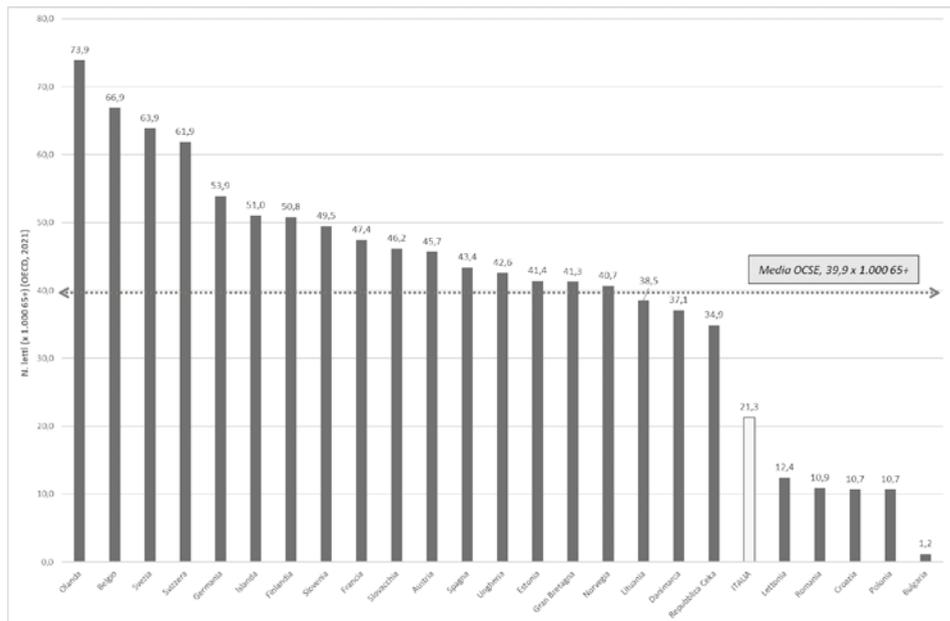
### Cosa accade negli altri Paesi?

La dotazione italiana di servizi residenziali è meno di un terzo di quella dei Paesi europei con economia comparabile <sup>(3)</sup> (fig. 6.2), superiore solo a

<sup>(3)</sup> Nei 26 Paesi dell'UE nel 2020 erano presenti 3,4 milioni di posti letto in strutture residenziali a diversa complessità. La maggior parte dei Paesi conta fra i 644 e i 1.373 pl x 100.000 residenti 65+. L'Italia apre invece il gruppo di quelli con una dotazione prossima o inferiore ai 400 pl x 100.000 (Cipro, Serbia, Lettonia, Croazia, Romania, Polonia, Macedonia del Nord, Grecia a Bulgaria) (Eurostat, 2023).

quella di alcuni Paesi dell'Europa orientale o meridionale (Eurostat, 2023) <sup>(4)</sup>. La nostra dotazione è inferiore anche rispetto a Paesi con PIL più basso (OECD, 2023) <sup>(5)</sup>, a causa della scarsa attenzione programmatica e della tendenza nazionale a garantire benefici economici più che servizi (fig. 6.3) <sup>(6)</sup>.

Figura 6.2 - Area OCSE. N. posti letto in strutture residenziali (posti letto x 1.000 65+) (2022)



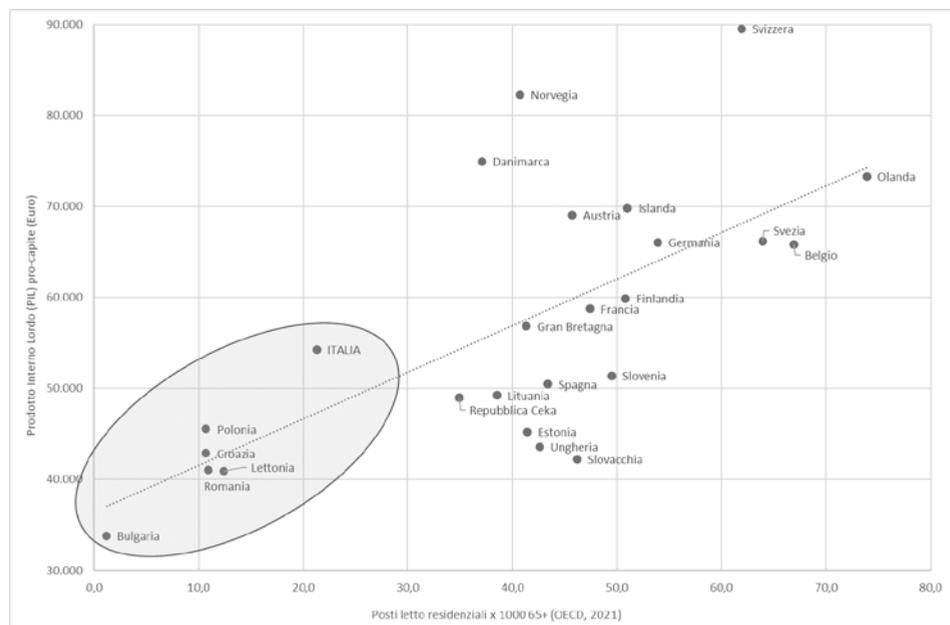
Fonte: OECD, 2023.

<sup>(4)</sup> EUROSTAT (2023), *Statistics Explained. Healthcare resource statistics-beds*. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare\\_resource\\_statistics\\_-\\_beds#Beds\\_in\\_nursing\\_and\\_other\\_residential\\_long-term\\_care\\_facilities](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_resource_statistics_-_beds#Beds_in_nursing_and_other_residential_long-term_care_facilities).

<sup>(5)</sup> OECD.STAT (2023), *Long Term Care Resources and Utilization*, in [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_LTCR](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR) (Dati al 2022, Estrazione 2023).

<sup>(6)</sup> Lo scenario è comune ad altri settori del sistema sanitario; ANAAO Assomede definisce l'Italia come "il primo dei paesi poveri" ([www.anaao.it/public/aaa\\_7973559\\_indicazioni\\_anaao\\_cimo\\_riunione\\_26\\_settembre\\_def.pdf](http://www.anaao.it/public/aaa_7973559_indicazioni_anaao_cimo_riunione_26_settembre_def.pdf)).

Figura 6.3 - Area OCSE. Rapporto fra posti letto (x 1.000 65+) e PIL pro-capite (euro)

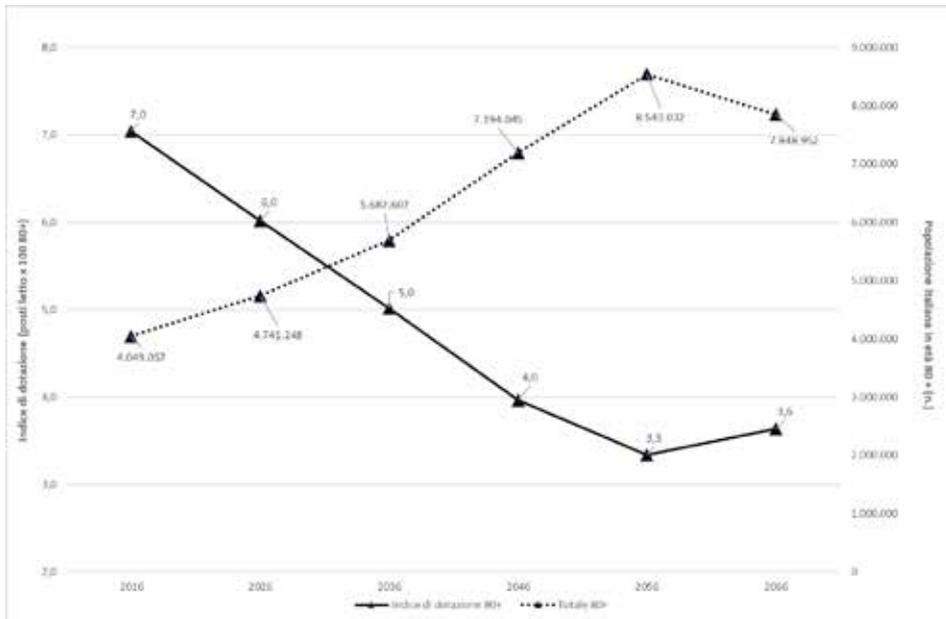


Fonte: elaborazione propria da Eurostat, 2023 e OECD, 2023.

### Le incognite del futuro

La situazione nazionale è critica. Se l'Italia volesse allinearsi alla dotazione media europea (4,0%) dovrebbe pianificare la realizzazione di 200.000 nuovi posti letto. Entro i prossimi quarant'anni, però, le persone ultra65enni supereranno i 19 milioni, metà dei quali ultra80enni. In pratica, 125.000 nuovi posti letto servirebbero solo per mantenere costante la ridotta disponibilità attuale. Se non saranno realizzati, l'Italia si allontanerà ancora di più dall'Europa; rispetto agli ultra65enni la dotazione scenderà dall'attuale 2,1% all'1,5%; dal 7% a meno della metà se rapportata agli ultra80enni, popolazione tipica delle RSA italiane, destinata a crescere molto più rapidamente del totale degli ultra65enni (fig. 6.4).

Figura 6.4 - Italia. Evoluzione attesa della popolazione 80+ e dell'indice di dotazione dei servizi residenziali (posti letto x 100 80+). Anni 2016-2066



Fonte: elaborazione propria da demo.istat.it, scenario mediano. Posti letto da Fosti, 2023. L'evoluzione dell'indice di dotazione è calcolata ipotizzando che il numero di posti letto rimanga invariato rispetto a quello attuale.

## 6.2. Una visione distorta della realtà. Come perdere un'occasione

Da alcuni anni sono in atto campagne mediatiche e di pressione politica che sostengono – basandosi su stereotipi, luoghi comuni e visioni ideologiche lontane dalla realtà – l'ipotetica necessità di ridurre i servizi residenziali. Se per la singola persona – quando le condizioni lo permettono – è sempre preferibile restare al domicilio, le scelte programmatiche devono avere un orizzonte più ampio; la riduzione dei servizi è razionale solo quando e se esista un oggettivo eccesso di offerta. Solo alcuni Paesi nordici (Danimarca, Olanda, Svezia) hanno potuto procedere, nei primi anni '90, a un notevole ridimensionamento dei servizi residenziali; all'epoca, però, la loro dotazione era cinque volte superiore a quella del nostro Paese ed oggi, dopo le riforme, è ancora ai livelli massimi europei (Costanzi, 2024). Dati i cambiamenti demografici, invece, il numero di posti letto residenziali sta tendenzialmente aumentando

in tutta Europa. Tutti gli Stati guardano però con preoccupazione al futuro; saranno necessari ingenti investimenti economici per compensare l'inevitabile crescita della domanda (Spasova, op. cit.).

#### *I servizi domiciliari. Alternativi e meno costosi delle RSA?*

Il potenziamento dei servizi domiciliari è spesso proposto come alternativa ai servizi residenziali. In realtà, nei sistemi di Long Term Care (LTC) le due unità di offerta sono del tutto complementari ed entrambe necessarie; i Paesi che hanno investito di più nella domiciliarità sono anche quelli con più residenze e viceversa (Spasova, 2018; OECD, 2023). C'è anche chi sostiene che i servizi domiciliari siano più economici di quelli residenziali. Questo però non è vero, a meno che non ci si accontenti di prestazioni di bassa qualità. A parità d'intensità e di risorse professionali, infatti, un intervento domiciliare può costare fino a tre volte in più di un ricovero residenziale (Genwort, 2023) <sup>(7)</sup>.

#### *Il PNRR. Un'occasione persa*

Queste visioni falsate hanno contribuito a un grave errore strategico nazionale. I fondi straordinari del PNRR avrebbero potuto sostenere gli investimenti necessari a potenziare l'offerta residenziale e riqualificare le strutture esistenti, in modo coerente con i bisogni delle persone e con le esperienze e le raccomandazioni internazionali. La Missione 6, invece, a fronte degli importanti stanziamenti stabiliti per i servizi domiciliari, per quelli residenziali prevede solo risorse limitate, del tutto inadeguate rispetto alla situazione attuale e alle necessità future.

### **6.3. Che cosa dice la Legge 33**

La Legge 33/2024 indica i punti chiave, comuni ai servizi sociali e socio-sanitari, su cui è possibile agire in termini di politiche e di programmazione. Essi coincidono con le principali richieste del Patto e con le indicazioni internazionali. La Legge affida al Decreto Attuativo il compito di definire gli interventi necessari affinché i servizi residenziali garantiscano un'intensità assistenziale adeguata alle esigenze e alla numerosità degli anziani residenti, dispongano di personale con le competenze necessarie e offrano ambienti

---

<sup>(7)</sup> GENWORT (2023), *Cost of care survey*. Genwort Financial, in [www.genworth.com/aging-and-you/finances/cost-of-care.html](http://www.genworth.com/aging-and-you/finances/cost-of-care.html).

familiari e sicuri, strutturati per favorire qualità di vita, socialità e continuità delle relazioni. Non delinea, però, una chiara direzione di sviluppo per fronteggiare gli scenari futuri. Le indicazioni per i servizi semiresidenziali sono invece del tutto marginali; non si ritiene quindi utile commentarle.

#### **6.4. Che cosa dice il Decreto 29/2024**

Il Decreto dedica due articoli separati ai servizi sociali (art. 30) e socio-sanitari (art. 31), che sono invece affrontati in modo comune dalla Legge 33. Per entrambi vengono semplicemente richiamate le indicazioni generali della Legge 33: continuità di vita e delle relazioni, ambienti familiari e sicuri, tutela della riservatezza, socialità, intensità assistenziale. Per i servizi sociosanitari (art. 31, commi 4 e 5), viene enunciata la necessità di assicurare processi d'integrazione istituzionale, organizzativa e professionale con il comparto sociale, oltre che di tener conto del livello di autonomia e delle condizioni cognitive e comportamentali dei residenti.

##### *La delega della delega*

Decisioni più sostanziali sono rinviate a un ulteriore decreto del Ministero della Salute, da completarsi entro 120 giorni e limitato ai soli servizi sociosanitari. La nuova normativa ha il compito di individuare i requisiti minimi per la sicurezza, quelli ulteriori per l'autorizzazione e l'accreditamento, i criteri di congruità del personale rispetto al numero degli anziani residenti e le dotazioni tecnologiche per la sicurezza del lavoro e delle cure, incluse videovigilanza e teleassistenza. Per la qualità costruttiva è previsto un generico richiamo all'attitudine delle strutture a favorire la continuità di vita e delle relazioni dei residenti, oltre che a operare come potenziali Centri Residenziali Multiservizi (CRM). Non sono però fornite direttive specifiche. Alla data di pubblicazione di questo libro, il nuovo decreto potrebbe essere già stato emanato: è quindi corretto limitarsi a esprimere in questo contributo solo alcune preoccupazioni. Il nuovo atto potrebbe infatti operare solo minimi aggiustamenti degli attuali requisiti, senza cambiamenti sostanziali di obiettivi, visione e organizzazione per i quali non ha, peraltro, un chiaro mandato. Innovazioni più solide potrebbero riguardare le tecnologie assistenziali e di sicurezza, che richiedono però investimenti consistenti, oggi non contemplati; i sistemi di videovigilanza dovranno inoltre confrontarsi con barriere difficili da superare, come le norme sulla privacy o la tutela dei lavoratori.

Rispetto ai cambiamenti della qualità costruttiva, il termine “attitudine” non prefigura indicazioni stringenti o richiami a innovazioni già sperimentate in Italia e in altri Paesi. Il Patto e le associazioni di categoria avevano suggerito attenzioni più dettagliate rispetto all’organizzazione degli spazi e all’equilibrio fra quelli privati (intimità, tutela, privacy) e pubblici (vivere insieme).

#### *I Centri Residenziali Multiservizi (CRM)*

I CRM sono una delle poche innovazioni contenute nel Decreto, anch’essi coerenti con alcune proposte del Patto. Le strutture residenziali possono prevedere moduli distinti con diverso livello d’intensità assistenziale, oltre a servizi domiciliari, diurni e abitativi collegati con le Case della comunità. Le strutture possono così operare come Centri di servizio integrati, per la comunità e della comunità. Si tratta di una modalità già presente nei centri più organizzati di alcune Regioni, efficiente e efficace alla luce di molte esperienze nazionali e internazionali (Costanzi, op. cit.). Permette infatti di garantire risposte articolate, personalizzabili e diversificate per priorità e livelli d’intensità assistenziali, tutelando la continuità delle relazioni sociali e di cura e senza imporre alle persone ripetuti cambiamenti di setting.

#### *Le cure palliative*

L’art. 32 del Decreto definisce le Cure palliative (CP) come un diritto degli anziani non autosufficienti; specifica che sono erogabili anche in RSA e ne dà una definizione più ampia di quella dei LEA 2017<sup>(8)</sup>. Di per sé si tratta di un’innovazione importante; la popolazione prevalente nelle RSA è infatti prossima agli ultimi 12-24 mesi di vita, esprime bisogni di CP e risponde alla definizione adottata dal Decreto 29. Per questi motivi, in molte Regioni si stanno diffondendo programmi di formazione delle équipes di RSA, coerenti con le raccomandazioni nazionali e internazionali. Sono orientati a diffondere competenze aggiornate sull’identificazione tempestiva dei bisogni di CP, la prevenzione di interventi inutili o sproporzionati e l’attivazione, nei casi opportuni, dei necessari interventi specialistici. In coerenza con la Legge 15 marzo 2010, n. 38, l’art. 32 specifica che le CP sono di competenza delle reti

---

<sup>(8)</sup> “Tutti i soggetti anziani non autosufficienti affetti da patologia evolutiva ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita” (D.Lgs. 15 marzo 2024, n. 29, art. 32).

locali di CP strutturate a livello regionale, che operano con équipe formate che possono intervenire a supporto di tutti i setting della rete, fra cui le stesse RSA. Le RSA, quindi, non diventano hospice né sono equiparate ad essi. La novità è che i due sistemi – RSA e CP – sono chiamati a ricomporsi intorno ai bisogni delle persone, operando in modo integrato. Le équipe di CP possono garantire interventi di consulenza, supporto e assistenza nei casi appropriati, con interventi diretti sui residenti di RSA oppure in forma di televisita e di teleconsulto (<sup>9</sup>).

#### *E i disabili?*

Il comma 2 dell'art. 31 affronta il tema delle persone anziane con disabilità psichiche e sensoriali, ricordando come il SSN garantisca loro trattamenti riabilitativi e di mantenimento, previa VMD e stesura del Progetto riabilitativo individuale (PRI). Il comma 3 cita sia il PAI che il PRI come strumenti guida degli interventi assistenziali. A rigore si dovrebbe parlare di soggetti già disabili prima del compimento delle età individuate come soglia dalle normative vigenti, dalle autonomie regionali e dallo stesso decreto 29. L'art. 34 dei LEA definisce però queste risposte – incluse quelle sulle disabilità fisiche – come diritti delle persone disabili non autosufficienti “di ogni età”.

### **6.5. I servizi residenziali fra diritti esigibili e silos amministrativi**

Gli articoli sulle CP e sulle disabilità psichiche e sensoriali richiamano diritti concreti delle persone. Possono però determinare applicazioni difformi, perché il sistema attuale tende a parcellizzare questi diritti in casistiche amministrative separate, mal definite e difficili da ricomporre. Senza entrare in dettagli tecnici, la tabella 6.1 descrive i principali articoli sui servizi residenziali del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (LEA), inclusi l'art. 31 sulle cure palliative e l'art. 34 sull'assistenza residenziale alle persone disabili non autosufficienti. Cita anche il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, che dovrebbe chiarire

---

(<sup>9</sup>) L'applicazione di questo articolo non sarà semplice in molte Regioni. Al contrario di quanto previsto dalla Legge 38/2010 molte hanno una ridotta dotazione di servizi di CP o prevedono una limitazione del loro utilizzo per le sole malattie oncologiche. Altre non hanno ancora attivato le Reti locali e definito la possibilità per i servizi specialistici di CP di operare in integrazione con gli altri setting della rete territoriale.

le differenze fra interventi a prevalenza sanitaria o sociale. Altri atti normativi <sup>(10)</sup> prevedono definizioni ulteriori sulle condizioni di disabilità gravissima o di dipendenza vitale <sup>(11)</sup>, entrambe molto rappresentate nelle RSA. Le definizioni dei DD.P.C.M. del 2001 e del 2017 non sono però basate su indicatori oggettivi e alimentano da tempo infinite divergenze interpretative. Gli altri atti richiamati prevedono definizioni, metriche e strumenti di valutazione più oggettivi, ma parzialmente indipendenti dalle definizioni dei LEA; individuano quindi sottogruppi simili sotto il piano clinico e sociale ma diversi sotto quello amministrativo.

Tabella 6.1 - I servizi residenziali nei LEA e nell'integrazione sociosanitaria

Norma	Articolo	Obiettivi	Quota SSN
D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (LEA)	29, comma 1	Trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, a elevato impegno sanitario	100%
	30, comma 1, lettera a)	Trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti [che] richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore	100%
	30, comma 1, lettera b)	Trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo	50%
	31, comma 1	Persone nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta	100%

*segue*

<sup>(10)</sup> Ad esempio, la Legge 11 febbraio 1980, n. 18 (Indennità di accompagnamento), il D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 (ISEE), il Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro (Riparto Fondo nazionale per la non autosufficienza), la Legge 30 dicembre 2021, n. 234 (LEPS), il D.P.C.M. 3 ottobre 2022 che definisce il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024.

<sup>(11)</sup> "Ogni persona che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche".

Norma	Articolo	Obiettivi	Quota SSN
	34, comma 1	Il SSN garantisce alle persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, trattamenti riabilitativi a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento previa VMD e progetto riabilitativo individuale (PRI). I trattamenti residenziali a favore di persone non autosufficienti si articolano in interventi intensivi, estensivi e di recupero e mantenimento funzionale	Variabile (100%, 70%, 40%)
D.P.C.M. 14 febbraio 2001 (Integrazione sociosanitaria)	2, comma 2	Le prestazioni sociosanitarie sono definite tenendo conto della natura del bisogno, della complessità e intensità dell'intervento assistenziale e della sua durata	100% SSN l'assistenza nella fase intensiva e le prestazioni a elevata integrazione sanitaria nella fase estensiva  50% SSN nelle strutture di lungoassistenza residenziali e semiresidenziali
	2, comma 4	L'intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato: intensiva, estensiva e di lungoassistenza	
	2, comma 5	La complessità dell'intervento è determinata dalla composizione dei fattori produttivi impiegati e dalla loro articolazione nel progetto personalizzato	
	3, comma 1	Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. Di competenza delle ASL e inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga	
	3, comma 2	Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Di competenza dei Comuni, prevedono che i cittadini partecipino alla spesa secondo criteri stabiliti dai Comuni stessi. Sono inserite in progetti personalizzati di durata non limitata ed erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza	
	3, comma 3	Prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria. Di competenza delle ASL, sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria	

### *Quanto devono pagare i cittadini? Il caos delle compartecipazioni*

L'insieme di queste regole dovrebbe stabilire in modo univoco la ripartizione dei costi fra SSN, Comuni e cittadini. In pratica, però, si traduce in un ginepraio di interpretazioni che alimentano la diversificazione delle applica-

zioni regionali, dei sistemi di remunerazione e delle modalità di compartecipazione alla spesa delle persone (AGENAS, 2024). Questo scenario è fonte di disegualianze; la stessa persona può ricevere servizi non omogenei nei diversi contesti locali o pagare tariffe diverse per servizi simili. È anche causa di insicurezza gestionale per le strutture e le ASL, destinatarie di crescenti azioni legali, che potrebbero essere ulteriormente alimentate proprio dagli articoli del Decreto su CP e disabilità. Analizzando definizioni, valutazioni e atti, si rileva in effetti che molti anziani residenti in RSA potrebbero rientrare nelle categorie che i LEA prevedono a totale copertura SSN (cure palliative, fine vita, elevata integrazione sanitaria, dipendenza vitale), oppure in quelle che prevedono una ripartizione dei costi diversa dal 50/50 spesso praticato (disabili non autosufficienti) <sup>(12)</sup>. La confusione normativa determina pronunciamenti discordanti fra i diversi Tribunali di merito e fra questi e la Corte di Cassazione. La Corte richiama però un principio: l'applicazione dei LEA è conseguente alla valutazione dei bisogni clinico-funzionali delle persone e agli obiettivi e struttura dei progetti personalizzati. In altre parole, il sistema di remunerazione e la ripartizione dei costi fra SSN e cittadino non dovrebbero essere rigidamente definiti dal tipo di accreditamento di una struttura, ma differenziati per gravità e intensità dei bisogni dei suoi residenti, prevedendo quando necessario anche la totale copertura dei costi da parte del SSN.

---

<sup>(12)</sup> Nella maggior parte delle Regioni italiane è in uso la ripartizione 50/50 fra costi a carico del SSN o di Comuni e cittadini; si tratta della ripartizione prevista per le unità d'offerta residenziali di lungoassistenza e mantenimento (D.P.C.M. 14 febbraio 2001, art. 4). Analizzando le sentenze dei Tribunali di merito e della Corte di Cassazione emergono interpretazioni diverse. I Tribunali, però, analizzano la situazione clinico-assistenziale specifica della persona. Possono interpretare le prestazioni necessarie per la sua cura come coerenti con altre definizioni o articoli dei D.P.C.M. e dei LEA, ad esempio ad elevata integrazione sanitaria o sanitarie a rilevanza sociale (100% SSR). Il Decreto 29 apre inoltre a due ulteriori popolazioni; quelle con bisogni di cure palliative (100% SSN) e con disabilità psichiche o cognitive (secondo i LEA 2017, 100% SSN oppure 70/30 o 40/60 a seconda della fase e dell'intensità assistenziale).

### *Riforma politica o giudiziaria?*

Queste variabili potrebbero avere conseguenze dirompenti per la solidità economico-finanziaria del sistema nazionale e di quelli regionali. Se le Regioni mantenessero i modelli tariffari attuali, è altamente probabile che le cause civili aumenteranno e che i contenuti del Decreto potrebbero essere utilizzati come ulteriore fonte normativa per rivendicare diritti. L'esperienza insegna che la magistratura può favorire o imporre riforme, ma le vie giudiziarie sono sempre pericolose in confronto con quelle della politica e della programmazione. Se le sentenze della Corte di Cassazione del 2023 e 2024 dovessero essere confermate a Sezioni riunite, Governo e Regioni rischierebbero di trovarsi di fronte a spese imprevedute sul Fondo sanitario superiori a 100 miliardi all'anno, oppure di dover definire in corsa affannosi cambiamenti legislativi. In realtà, la soluzione sarebbe già pronta; basterebbe che i servizi dello SNAA fossero guidati dalla stratificazione dei bisogni clinico-assistenziali fondata sulla nuova VMU prevista dall'art. 27 del Decreto. Ciò consentirebbe di individuare metriche oggettive per il governo degli accessi, la regolazione dei servizi, l'intensità assistenziale e la ripartizione tariffaria. Alla luce di questo orientamento, il Patto aveva proposto un modello basato sulla stima multidimensionale dell'intensità assistenziale (bassa, media, alta e elevata) dei residenti nelle RSA, da cui far discendere una quota economica variabile a carico del SSN (40, 50, 70 e 100%).

## **6.6. Conclusioni**

Il Decreto 29 non delinea né una strategia nazionale né differenze evolutive rispetto alla situazione attuale. Come la Legge 33, deve confrontarsi con l'estrema complessità tecnica del settore, che richiederebbe di mettere mano ad assetti legislativi molteplici, mal collegati e suddivisi fra competenze statali e regionali. Il Decreto definisce gli elementi chiave riconosciuti a livello internazionale come utili per la programmazione (intensità assistenziale, dotazione di personale, competenze, qualità costruttiva, tecnologie). Non esprime però una visione rispetto alla carente dotazione di servizi o alla confusione delle definizioni e delle norme di riferimento. Sembra anche confondere ulteriormente il tema già incerto della compartecipazione alla spesa dei cittadini, prevedendo nuove competenze (cure palliative, disabili non autosufficienti) senza indicare come ricomporre norme e risorse. Conferma inoltre una delle tante anomalie nazionali; l'Italia è l'unico Paese che prevede due

sistemi residenziali separati con riferimenti istituzionali diversi <sup>(13)</sup>. Andando oltre le indicazioni della Legge 33, l'offerta sociale resta distinta da quella socio-sanitaria senza che ne siano chiari i motivi, se non quelli di confermare le rispettive titolarità di due Ministeri e le difficoltà di trovare una via comune. Fra l'altro, per le residenze sociali non è previsto nessun ulteriore decreto, nonostante il settore sia oggi privo di una regolazione omogenea; questa dimensione favorisce in molte Regioni un'offerta confusa, di ridotta qualità e con pericolose aree di abusivismo. Il Decreto 29, pur avendo ricevuto una delega, ha a sua volta delegato decisioni più sostanziali. Il nuovo atto non ha necessariamente limiti di delega; potrebbe quindi operare con un respiro maggiore se emergesse la volontà politica di dare consistenza a una riforma per ora solo annunciata. Per far questo, dovrà confrontarsi con i noti limiti economico-finanziari del Paese ma dovrà anche scongiurare le incognite di pericolose derive giudiziarie. Nel caso, potrebbe essere favorita l'implementazione di soluzioni già concretizzabili, come l'utilizzo della nuova VMU per la programmazione e regolazione dei servizi.

## Bibliografia

- AGENAS (2024), *Sistemi di remunerazione dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale. Analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale*, AGENAS, Roma.
- COSTANZI C. (a cura di) (2024), *Progettare, ristrutturare e riqualificare le RSA. Verso moderni centri di servizio nella filiera della cura territoriale per l'invecchiamento*, Rimini, Maggioli.
- ISTAT (2023), *Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie al 1° gennaio 2022*, ISTAT, Roma.
- SPASOVA S. (2018), *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*, European Social Policy Network (ESPN), European Commission, Brussels.
- FOSTI G., NOTARNICOLA E., PEROBELLI E. (2023), *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care. 5° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, SDA Bocconi, Essity, EGEA, Milano.

---

<sup>(13)</sup> Si tratta di una suddivisione assente nei sistemi di LTC degli altri Paesi che assegnano sempre il loro governo e la loro regolazione al sistema sociale. La Legge 328/2000 e la Legge 833/1978 definiscono invece due sistemi paralleli di residenzialità, ma in modo incompleto e mai completamente risolto; peraltro, i servizi residenziali sono presenti nei LEA ma non sono richiamati nei LEPS ex Legge 30 dicembre 2021, n. 234.