

REGIONE LIGURIA

RSA e Residenze Protette per anziani

Quadro normativo, organizzativo, tariffario e di sostenibilità

Versione 2.0 MASTER - settembre 2026

Autori

Vladimiro D'Agostino - Sarah Cooperativa Sociale - Confcooperative Pistoia e Prato

Supporto alla ricerca e alla redazione: ChatGPT (OpenAI)

Scheda allineata alla Checklist Master RSA - audit di completezza su 126 controlli

La scheda è stata riallineata alla checklist comune di 28 parametri adottata per il confronto tra Regioni. Quando una materia non presenta una disciplina regionale uniforme (es. IMU o alcuni profili fiscali), viene indicato espressamente per evitare false comparazioni.

1. Sintesi esecutiva

Il sistema ligure distingue, per l'area anziani, quattro setting tariffari centrali: RSA post-acuti, RSA di mantenimento, Residenza Protetta (RP) e RSA Alzheimer. Nel 2023 la Regione ha aggiornato i requisiti organizzativi delle strutture sociosanitarie, lasciando invariati i requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici; il riferimento è la DGR n. 387/2023, nel quadro del Manuale autorizzativo di cui alla DGR n. 944/2018.

Sul piano economico la DGR n. 640/2024 ha introdotto un riordino basato su costi standard, con applicazione progressiva dal 1° luglio 2024 al 1° gennaio 2026. Dal 2026 il modello arriva al 100% del costo metodologico; dal 1° gennaio 2027 è previsto l'adeguamento ISTAT mediante il tasso di inflazione programmato (TIP) applicato al sistema dei costi definito al 1° gennaio 2026. Non si tratta quindi di un automatismo ancorato all'inflazione effettiva NIC/FOI, ma al tasso programmato.

Per il confronto nazionale sono particolarmente rilevanti: standard di personale espressi in minuti/ospite/giorno; presenza di responsabilità sanitaria e personale medico interno nei principali setting; quota sanitaria 2026 espressamente al netto dell'IVA; compartecipazione al 50% nei setting di mantenimento, RP e Alzheimer; e un meccanismo di aggiornamento tariffario esplicito a partire dal 2027.

2. Quadro normativo essenziale

Atto	Contenuto rilevante
L.R. Liguria n. 9/2017	Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali; disciplina controlli, vigilanza e qualità.
DGR n. 944/2018	Manuale dei requisiti e procedure per l'autorizzazione al funzionamento.
DGR n. 387/2023	Aggiornamento dei requisiti organizzativi delle strutture sociosanitarie; invariati requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici.
DGR n. 1230/2023	Aggiornamento del Manuale di accreditamento istituzionale e delle procedure.
DGR n. 640/2024	Riordino tariffario, metodologia dei costi standard, percorso 2024-2026 e indicizzazione dal 2027.
DGR n. 675/2024	Correzioni/integrazioni del riordino; esplicita considerazione degli adeguamenti CCNL e disciplina della compartecipazione.
Decreto DG n. 518/2025	Tariffe 2025 e applicazione intermedia del metodo dei costi standard.
Decreto DG n. 1112/2026	Tariffe 2026, piena applicazione del metodo e regole operative dei setting residenziali.

3. Tipologie di struttura e livelli assistenziali

Setting	Funzione prevalente	Regime economico 2026
RSA post-acuti	Presa in carico temporanea successiva all'evento acuto, con	100% sanitaria nella tariffa regionale ordinaria.

Setting	Funzione prevalente	Regime economico 2026
	maggior intensità sanitaria/riabilitativa.	
RSA mantenimento	Anziani non autosufficienti stabilizzati con bisogni sanitari e assistenziali continuativi.	50% SSR + 50% compartecipazione.
Residenza Protetta (RP)	Minore intensità sanitaria; tutela residenziale e assistenza a persone anziane autosufficienti o parzialmente disabili secondo la tipologia autorizzata.	50% SSR + 50% compartecipazione.
RSA Alzheimer	Setting dedicato a demenze e maggior complessità assistenziale/comportamentale.	50% SSR + 50% compartecipazione.

4. Accesso, valutazione multidimensionale e PAI

L'accesso ai servizi sociosanitari avviene attraverso i Distretti e i Punti Unici di Accesso/Sportelli integrati. La rete regionale prevede presa in carico, valutazione multidimensionale da parte di un'équipe multiprofessionale e redazione di un Piano Individualizzato di Assistenza (PIA/PAI), con individuazione del responsabile del caso. La normativa ligure sulla non autosufficienza prevede che la valutazione consideri condizioni cliniche e funzionali, cognitive/comportamentali e socio-familiari.

Per la RSA definitiva la Regione descrive la valutazione geriatrica come passaggio per l'appropriatezza dell'inserimento; per i ricoveri definitivi e di sollievo la domanda può essere presentata al PUA/Distretto. Il PAI deve essere verificato e aggiornato nel tempo, raccordando struttura, servizi territoriali, ospite e famiglia.

5. Standard di personale

Gli standard liguri sono espressi in minuti di assistenza per ospite al giorno. Per i principali setting dell'area anziani, i valori utilizzati nelle applicazioni amministrative regionali sono:

Figura	RSA post-acuti	RSA mantenimento	Residenza Protetta
Personale medico complessivo	10 min	4 min	2 min
Fisioterapista / riabilitazione	23 min	6 min	5 min
Infermiere	42 min	26 min	9 min
OSS	90 min	88 min	61 min
Animatore / educatore	-	3 min	3 min

La revisione del 2023 consente, in presenza di carenza infermieristica, l'impiego di OSS con formazione complementare (OSS-FC) entro il limite del 30% del minutaggio infermieristico e per attività compatibili con le competenze della figura. La flessibilità incide sulla composizione professionale, non elimina lo standard complessivo.

6. Medico, direzione sanitaria e responsabilità della struttura

La Liguria non adotta, per i principali setting RSA, un modello affidato esclusivamente al MMG dell'ospite. Il sistema autorizzativo prevede responsabilità sanitaria interna e tempi di presenza medica graduati per intensità assistenziale. Per il confronto interregionale il costo del medico e della direzione sanitaria va quindi considerato voce organizzativa autonoma.

- RSA post-acuti: 10 minuti/ospite/giorno di personale medico complessivo.
- RSA mantenimento: 4 minuti/ospite/giorno.
- Residenza Protetta: 2 minuti/ospite/giorno riferiti alla responsabilità sanitaria/medica.

La DGR n. 387/2023 ha ampliato le specializzazioni ammesse per l'incarico di direttore sanitario. Restano da distinguere, caso per caso, le funzioni cliniche interne e l'eventuale ruolo del MMG nella continuità delle cure.

7. Requisiti strutturali, impiantistici e capacità ricettiva

La revisione 2023 ha interessato i requisiti organizzativi e ha lasciato invariati quelli strutturali, impiantistici e tecnologici già definiti dal Manuale autorizzativo. Restano quindi applicabili i requisiti di sicurezza, accessibilità, organizzazione degli spazi, impianti, prevenzione incendi e dotazioni tecnologiche previsti dal quadro autorizzativo vigente e dalla normativa nazionale.

Capacità e moduli: nelle sintesi tecniche già utilizzate nel lavoro comparativo erano riportati una capienza massima di 120 posti letto e moduli fino a 25 posti. Poiché il dato deve essere letto in relazione alla specifica tipologia autorizzativa e alle eventuali strutture preesistenti, nella tabella nazionale sarà riportato con nota metodologica e non come limite unico indistinto per ogni struttura anziani.

8. Farmaci, dispositivi e gestione clinico-assistenziale

La gestione di farmaci e dispositivi rientra nella compliance clinico-assistenziale della struttura e deve essere raccordata con prescrizione, approvvigionamento, conservazione, somministrazione, tracciabilità e documentazione sanitaria. La Regione disciplina centralmente l'approvvigionamento di farmaci e dispositivi destinati al SSR, ma nelle fonti generali consultate non emerge una regola unica e generalizzabile che attribuisca a tutte le RSA/RP anziani il medesimo onere economico per ogni categoria di farmaco e dispositivo.

Per il confronto tra Regioni la voce “farmaci/dispositivi” è quindi mantenuta come parametro obbligatorio, distinguendo ciò che è compreso nella quota sanitaria, ciò che è fornito dal SSR/ASL e ciò che resta eventualmente a carico del gestore o dell’ospite sulla base degli accordi contrattuali e delle singole prestazioni.

9. Autorizzazione, accreditamento, contrattualizzazione e controlli

Il percorso ligure distingue autorizzazione all’esercizio, accreditamento istituzionale e accordo contrattuale con il SSR. L’accreditamento qualifica il soggetto come idoneo a erogare prestazioni per conto del SSR, ma non genera automaticamente diritto alla remunerazione: l’attività a carico pubblico dipende dagli accordi e dai budget assegnati.

La permanenza dei requisiti è soggetta a vigilanza e verifica. L’Organismo Tecnicamente Accreditante opera secondo principi di autonomia, imparzialità e terzietà; la normativa vigente attribuisce alla struttura regionale competente le funzioni istruttorie e ispettive anche sull’appropriatezza delle prestazioni.

10. Tariffe 2026

Setting	Quota sanitaria 2026	Tariffa totale 2026	Compartecipazione standard
RSA post-acuti	€ 139,58	€ 139,58	€ 0,00
RSA mantenimento	€ 57,66	€ 115,32	€ 57,66
Residenza Protetta	€ 51,07	€ 102,14	€ 51,07
RSA Alzheimer	€ 67,98	€ 135,96	€ 67,98

Dal 1° gennaio 2026 viene applicato il 100% del costo standard determinato dalla metodologia della DGR n. 640/2024. Per RSA mantenimento, RP e RSA Alzheimer la compartecipazione è allineata al 50% previsto dai LEA; la post-acuzie resta integralmente sanitaria nella tariffa ordinaria.

11. Quota sociale, compartecipazione, ISEE e ruolo dei Comuni

La compartecipazione standard 2026 coincide, per i setting di mantenimento, RP e Alzheimer, con il 50% della tariffa complessiva. Il costo effettivo può gravare sull’utente/famiglia oppure, in presenza dei presupposti sociali e reddituali previsti dalla normativa nazionale e locale, essere sostenuto in tutto o in parte dal Comune/ente competente.

Il decreto 1112/2026 precisa che eventuali scostamenti rispetto alla compartecipazione regionale sono gestiti nel rapporto tra utente/famiglia ed ente gestore: aumenti possono essere collegati a servizi aggiuntivi richiesti dall’ospite, mentre possono essere previste riduzioni/agevolazioni. Ai fini comparativi va quindi distinta la quota standard regionale dalla retta privata effettivamente praticata.

12. Indicizzazione, aggiornamento tariffario e serie 2024-2027

La Liguria presenta un meccanismo esplicito di aggiornamento. Il percorso 2024-2026 non è una semplice indicizzazione annuale, ma una transizione verso un nuovo costo standard: 90% del valore metodologico dal 1° luglio 2024 (70% per le RP anziani), 96% nel 2025 (86% per le RP), 100% dal 1° gennaio 2026. La DGR n. 640/2024 prevede poi, dal 1° gennaio 2027, l’applicazione

dell'indice ISTAT basato sul tasso di inflazione programmato al sistema dei costi definito al 1° gennaio 2026.

Setting	2024 quota sanitaria	2024 totale*	2025 totale	2026 totale	Variazione totale 2024→2026
RSA post-acuti	€ 125,62	€ 125,62	€ 134,00	€ 139,58	+11,1%
RSA mantenimento	€ 51,89	€ 106,49	€ 109,95	€ 115,32	+8,3%
Residenza Protetta	€ 35,75	€ 90,35	€ 98,52	€ 102,14	+13,0%
RSA Alzheimer	€ 61,47	€ 116,07	€ 119,86	€ 135,96	+17,1%

* Per il 2024, nei setting con compartecipazione, il totale è ricostruito sommando alla quota sanitaria la quota base di € 54,60 richiamata e consolidata nel provvedimento 2025. Il dato serve alla comparazione economica e non sostituisce eventuali rette contrattuali maggiorate per servizi aggiuntivi.

La DGR n. 675/2024 ricorda inoltre che, in precedenza, la DGR n. 1749/2011 utilizzava il tasso di inflazione programmato per la quota di compartecipazione; nel 2024 veniva indicato un valore massimo di € 67,10 derivante dall'applicazione del TIP, mentre la quota base veniva fissata a € 54,60 nel percorso di uniformazione.

L'indicizzazione dal 2027 è quindi una regola formalizzata, ma il parametro è il tasso di inflazione programmato: può divergere dall'inflazione effettiva misurata ex post. Nel riallineamento nazionale questa distinzione sarà mantenuta in una colonna specifica "indice programmato / indice effettivo / aggiornamento discrezionale".

13. CCNL e costo del lavoro

Il costo del lavoro è uno dei principali fattori della sostenibilità delle strutture. La Regione ha esplicitato, nella modifica del riordino tariffario del 2024, che la costruzione delle tariffe ha tenuto conto dei necessari adeguamenti del trattamento economico derivanti dall'applicazione dei CCNL stipulati con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Nel 2023 era stato inoltre annunciato il collegamento tra applicazione dei contratti nazionali e revisione dei criteri di accreditamento.

Per il confronto interregionale occorre tuttavia distinguere due piani: il riconoscimento metodologico del costo del lavoro nella tariffa e l'effettiva capacità dell'incremento tariffario di assorbire rinnovi contrattuali, sostituzioni, assenze, maggiorazioni e difficoltà di reperimento del personale. Il meccanismo TIP dal 2027 non equivale automaticamente a un rimborso integrale degli aumenti CCNL.

14. IVA e trattamento fiscale della tariffa

La disciplina 2026 è particolarmente chiara: le tariffe sanitarie sono da intendersi al netto dell'IVA e l'imposta viene riconosciuta a carico dell'ente sanitario quando oggettivamente e/o soggettivamente dovuta. Questo elemento rende la Liguria un riferimento importante nel confronto con modelli regionali nei quali la tariffa è applicata o interpretata come comprensiva dell'IVA.

14.1 IRAP - regime rilevante per una cooperativa sociale che gestisce RSA

Per una RSA gestita da una cooperativa sociale di tipo A - cioè una cooperativa che gestisce servizi sociosanitari ed educativi ai sensi della legge n. 381/1991 - la Regione Liguria prevede un regime IRAP agevolato. La disciplina regionale vigente indica l'aliquota del 3,00%, applicabile alle cooperative sociali di tipo A e ai relativi consorzi iscritti all'albo regionale, limitatamente al valore della produzione netta prodotto nel territorio ligure.

La base normativa regionale e l'art. 3, commi 3 e 4, della L.R. Liguria 7 maggio 2002, n. 20. La pagina tributaria ufficiale della Regione continua a qualificare l'agevolazione come applicabile a regime; le aliquote regionali devono essere lette tenendo conto della riparametrazione prevista dalla normativa statale.

Ai fini della comparazione tra Regioni, questo dato è economicamente rilevante: l'IRAP non deve essere trattata come un costo fiscale uniforme nazionale per tutti i gestori di RSA. Occorre verificare, Regione per Regione, se la cooperativa sociale di tipo A beneficia di riduzioni, esenzioni o altre agevolazioni e quali condizioni soggettive e territoriali siano richieste.

La Liguria disciplina separatamente le cooperative sociali di tipo B, dedicate all'inserimento lavorativo. Tale regime non va automaticamente utilizzato per una RSA gestita nell'attività sociosanitaria tipica di una cooperativa di tipo A. In presenza di soggetti con attività o iscrizioni multiple, l'applicazione concreta deve essere verificata sulla posizione fiscale e sulla composizione del valore della produzione.

Restano distinti dall'IRAP gli ulteriori profili fiscali, in particolare IRES e le agevolazioni proprie delle cooperative sociali, che dipendono dalla normativa statale e dalla situazione soggettiva dell'ente. Nella comparazione economica delle RSA, pertanto, IRAP, IRES e IVA devono essere mantenute come tre variabili separate.

15. IMU, immobili e costi patrimoniali

L'IMU non è determinata dalla disciplina sociosanitaria regionale delle RSA: aliquote, esenzioni e agevolazioni dipendono dalla normativa statale e dalle deliberazioni comunali, oltre che dalla natura soggettiva del proprietario/gestore e dall'utilizzo dell'immobile. Per questa ragione la Liguria, come le altre regioni, non può essere classificata con una singola "aliquota RSA regionale".

Nel confronto economico il costo immobiliare resta però rilevante: proprietà/locazione, adeguamenti antisismici e antincendio, manutenzioni, impianti, efficientamento energetico e standard autorizzativi incidono sulle barriere all'ingresso e sul costo per posto letto.

16. Regole specifiche per la post-acuzie

Per il 2026 la RSA post-acuti prevede rivalutazione delle condizioni dell'assistito con cadenza quindicinale e comunque entro il 30° giorno. La degenza ordinaria termina al 60° giorno. L'eventuale prosecuzione, previa rivalutazione dell'unità territoriale, avviene come Degenza Protetta, equiparata alla RSA di mantenimento per standard organizzativi e tariffa, con 50% SSR e 50% utente, per un massimo di 30 giorni complessivi nell'arco di 12 mesi dalla prima autorizzazione.

17. Compliance e obblighi gestionali

La compliance deriva dall'integrazione tra requisiti regionali di autorizzazione/accreditamento e obblighi nazionali applicabili al gestore. La L.R. n. 9/2017 collega l'accREDITAMENTO a requisiti

ulteriori rispetto all'autorizzazione, sistemi di miglioramento continuo, monitoraggio di qualità, attività e risultati, nonché verifiche periodiche sulla permanenza dei requisiti.

Area	Presidio richiesto / rilievo gestionale
Sicurezza sul lavoro	D.Lgs. 81/2008, DVR, RSPP, formazione, sorveglianza sanitaria, gestione infortuni e rischi specifici.
Antincendio ed emergenze	Adempimenti prevenzione incendi, piani di emergenza, prove ed esercitazioni, manutenzione presidi.
Privacy e dati sanitari	GDPR e normativa nazionale; autorizzazioni, sicurezza informatica, gestione dossier e videosorveglianza.
HACCP e alimenti	Obblighi di sicurezza alimentare ove vi siano preparazione, conservazione o somministrazione.
Rischio clinico/assistenziale	Procedure su farmaci, cadute, contenzioni, eventi avversi, infezioni, PAI e tracciabilità.
Formazione	Formazione obbligatoria e aggiornamento coerente con requisiti professionali e organizzativi.
D.Lgs. 231/2001	Non obbligo generalizzato per ogni RSA; rilevante ove l'ente abbia adottato un modello organizzativo e un OdV.
ISO / sistemi qualità	Certificazioni volontarie salvo specifiche clausole di gara/contratto; distinte dall'accreditamento istituzionale.
Videosorveglianza	Nel quadro autorizzativo ligure è stata introdotta come requisito per strutture sociosanitarie che ospitano anziani/disabili, da gestire nel rispetto della disciplina privacy.

Per organizzazioni multi-struttura una parte dei costi di compliance può essere centralizzata, ma resta una componente direttamente imputabile alla singola struttura: verifiche, formazione, manutenzioni, documentazione, consulenze, assicurazioni e audit.

18. Demografia, domanda potenziale e offerta

La Liguria presenta uno dei più elevati livelli di invecchiamento d'Italia. ISTAT segnala che al 1° gennaio 2025 la regione mantiene una posizione di vertice per longevità e un'età media prossima ai 50 anni. Questo contesto sostiene una domanda strutturalmente elevata di long-term care, ma non determina automaticamente equilibrio economico delle strutture.

Sul lato dell'offerta, la programmazione regionale utilizza fabbisogni e budget contrattuali. Nel 2025, ad esempio, per il territorio ASL 3 è stato previsto un incremento di circa 80 posti post-acuti fino a 300 complessivi, segno di una domanda ospedale-territorio concreta e misurabile. Per il mantenimento e le RP, invece, la disponibilità effettiva per l'utente dipende anche dai posti accreditati, dai budget e dalle liste di attesa locali.

19. Investimenti e barriere all'ingresso

Le principali barriere all'ingresso derivano da requisiti edilizi e impiantistici, autorizzazione/accreditamento, disponibilità di personale, standard di minutaggio, necessità di direzione sanitaria, capitale immobilizzato e incertezza sul volume effettivamente contrattualizzato dal SSR. Anche una tariffa teoricamente adeguata ai costi standard non garantisce da sola la bancabilità di un nuovo investimento se il budget pubblico e il tasso di occupazione non sono sufficientemente prevedibili.

20. Lettura dal punto di vista del gestore

Punti favorevoli: quadro tariffario 2026 trasparente; percorso verso costi standard; riconoscimento IVA separato; indicizzazione dal 2027; esplicita considerazione degli adeguamenti CCNL; differenziazione tariffaria per intensità assistenziale.

Criticità: elevata intensità di personale in alcuni setting; costo della responsabilità sanitaria interna; possibile scarto tra TIP e inflazione/costo del lavoro effettivo; dipendenza da budget e contratti SSR; necessità di sostenere compliance e investimenti immobiliari; difficoltà di reperimento infermieristico e OSS.

21. Lettura dal punto di vista dell'ospite e della famiglia

Per l'utente il sistema 2026 rende leggibile la quota standard di compartecipazione: € 57,66 al giorno per RSA mantenimento, € 51,07 per RP e € 67,98 per RSA Alzheimer. Il costo effettivo può però differire per servizi aggiuntivi o agevolazioni e può essere integrato dal Comune nei casi previsti dalla disciplina sociale e reddituale. Restano quindi decisive la situazione ISEE, la disponibilità di posti contrattualizzati e le modalità locali di presa in carico.

22. Scheda sintetica per il confronto nazionale

Voce	Liguria - dato sintetico
Tipologie anziani	RSA post-acuti; RSA mantenimento; RP; RSA Alzheimer.
Standard personale	Minuti/ospite/giorno differenziati per setting.
Medico	Responsabilità sanitaria e presenza medica interna previste nei principali setting.
OSS	90 min post-acuti; 88 min mantenimento; 61 min RP.
Infermiere	42 min post-acuti; 26 min mantenimento; 9 min RP.
Accesso/PAI	PUA/Distretto, valutazione multidimensionale, PAI/PIA e case manager.
Capacità/moduli	Impostazione modulare; dato 120 p.l./moduli 25 da leggere per specifica tipologia autorizzativa.
Tariffa mantenimento 2026	€ 115,32 = € 57,66 SSR + € 57,66 compartecipazione.
Tariffa RP 2026	€ 102,14 = € 51,07 SSR + € 51,07 compartecipazione.
Tariffa Alzheimer 2026	€ 135,96 = € 67,98 SSR + € 67,98 compartecipazione.
IVA	Quota sanitaria al netto IVA; imposta riconosciuta se dovuta.
Indicizzazione	Dal 1/1/2027 TIP ISTAT sul sistema dei costi definito al 1/1/2026.
CCNL	Riordino tariffario dichiara di tener conto degli adeguamenti economici dei CCNL maggiormente rappresentativi.
Compliance	Autorizzazione/accreditamento + obblighi nazionali; 231 e ISO non obblighi generalizzati.
Farmaci/dispositivi	Parametro da leggere negli accordi: non emerge una regola unica regionale per ogni categoria di costo.
IMU	Non regionale: dipende da disciplina statale e Comune.

Voce	Liguria - dato sintetico
Domanda	Pressione demografica elevata e forte fabbisogno di long-term care.

23. Fonti principali

- Regione Liguria, L.R. 11 maggio 2017, n. 9 - autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali.
- Regione Liguria / A.Li.Sa., DGR n. 944/2018 - Manuale dei requisiti per l'autorizzazione.
- Regione Liguria, DGR n. 387/2023 - aggiornamento dei requisiti organizzativi delle strutture sociosanitarie.
- Regione Liguria, DGR n. 1230/2023 - aggiornamento del Manuale di accreditamento istituzionale.
- Regione Liguria, DGR n. 640/2024 - riordino tariffario e metodologia dei costi standard.
- Regione Liguria, DGR n. 675/2024 - integrazioni al riordino, CCNL e compartecipazione.
- Regione Liguria, Decreto DG n. 518/2025 - tariffe e percorso di adeguamento 2025.
- Regione Liguria, Decreto DG n. 1112/2026 - tariffe 2026 e applicazione completa del metodo.
- Regione Liguria, pagine istituzionali "Strutture residenziali", "Rete dei servizi sociali e sociosanitari" e "Punti Unici di Accesso".
- Regione Liguria, L.R. n. 12/2006 - Fondo regionale per la non autosufficienza e valutazione multidimensionale.
- ISTAT, dati demografici e centenari al 1° gennaio 2025.
- Regione Liguria, comunicazioni 2025 sulla riorganizzazione dei posti RSA post-acuti in ASL 3.

24. Conclusione

La Liguria presenta un modello relativamente formalizzato sotto il profilo assistenziale e tariffario: standard di personale per minutaggio, responsabilità sanitaria interna, percorso di accesso con valutazione multidimensionale, costi standard e indicizzazione programmata dal 2027. La tariffa 2026 e il trattamento dell'IVA sono particolarmente chiari.

Per la comparazione nazionale, i profili da mantenere in evidenza sono il rapporto tra costo standard e costo del lavoro effettivo, la differenza tra TIP e inflazione reale, il peso della quota sociale sulle famiglie, la disponibilità di budget SSR e i costi di compliance/immobili. La presente versione è allineata alla checklist comune e può essere utilizzata come base per il riallineamento delle altre Regioni già analizzate prima di passare alla Campania.

Fonti integrative - IRAP

Regione Liguria, Imposta regionale sulle attività produttive (IRAP), sezione aliquote e variazioni regionali, consultata settembre 2026.

L.R. Liguria 7 maggio 2002, n. 20, art. 3, commi 3 e 4 - aliquota IRAP agevolata per cooperative sociali di tipo A e loro consorzi.

Regione Liguria, Variazioni regionali all'IRAP: riferimenti normativi e modulistica.

25. Integrazioni da Checklist Master

Questa sezione integra i profili che, nella precedente versione, risultavano assorbiti in macrovoci o non erano sviluppati autonomamente. Il criterio adottato è distinguere: (a) dati regionali verificati; (b) obblighi nazionali applicabili al gestore ma non specifici della Liguria; (c) dati non disponibili in forma regionale univoca o non reperiti in fonte ufficiale aggiornata, indicati come N.D.; (d) elementi non applicabili in via generale, indicati come N.A.

25.1 Compliance analitica: sicurezza, cyber, Legionella, rifiuti e flussi

Oltre ai requisiti autorizzativi e di accreditamento regionali, il gestore RSA è soggetto agli obblighi nazionali applicabili in materia di salute e sicurezza sul lavoro (D.Lgs. 81/2008), protezione dei dati personali e sanitari (Regolamento UE 2016/679 e Codice privacy), sicurezza alimentare e HACCP, prevenzione incendi, gestione del rischio assistenziale e formazione obbligatoria. Questi adempimenti non costituiscono peculiarità tariffarie liguri, ma incidono sul costo effettivo della gestione e devono essere mantenuti nella comparazione interregionale.

Cybersecurity: la struttura deve proteggere dati sanitari, credenziali, sistemi clinico-assistenziali, reti e dispositivi secondo gli obblighi di sicurezza del trattamento e le misure tecniche e organizzative adeguate. L'eventuale applicazione di discipline ulteriori, inclusa la normativa NIS2, dipende dalle caratteristiche soggettive e dimensionali dell'ente e non può essere considerata automaticamente obbligatoria per ogni RSA privata.

Legionella: la prevenzione del rischio negli impianti idrici e aeraulici deve essere gestita attraverso valutazione del rischio, manutenzione, monitoraggio e procedure coerenti con la normativa e le linee guida nazionali. **Gestione rifiuti:** i rifiuti sanitari e speciali devono essere classificati, conservati, movimentati e smaltiti secondo la disciplina nazionale applicabile, inclusa quella sui rifiuti sanitari.

Flussi informativi: le strutture accreditate e contrattualizzate sono tenute agli adempimenti informativi previsti dal SSR e dagli accordi contrattuali. La L.R. n. 9/2017 prevede inoltre pubblicazione di strutture accreditate, accordi/contratti e, per la residenzialità sociosanitaria, dei posti disponibili e delle liste d'attesa. Non è stato reperito, nelle fonti pubbliche consultate, un unico dataset regionale 2026 che consenta di ricostruire in modo completo e omogeneo tutti i posti disponibili e tutte le liste d'attesa per setting.

RASA: la figura del Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante attiene agli obblighi delle stazioni appaltanti e non è un requisito generalizzato della RSA privata in quanto tale. Va quindi indicata come N.A. per il gestore privato ordinario, salvo che il soggetto rivesta autonomamente la qualifica rilevante ai fini della contrattualistica pubblica.

D.Lgs. 231/2001 e certificazioni ISO: il modello 231 rappresenta un presidio organizzativo rilevante ma non è un requisito autorizzativo regionale generalizzato per ogni RSA; analogamente, le certificazioni ISO sono da considerare volontarie salvo specifiche prescrizioni contrattuali o di gara. La loro eventuale adozione può incidere sui costi di struttura senza che ciò implichi un automatico riconoscimento tariffario.

25.2 IRES e fiscalità oltre IRAP e IVA

L'IRES non presenta, per la RSA ligure, un'aliquota regionale paragonabile all'IRAP. Il trattamento fiscale dipende dalla normativa statale, dalla natura di cooperativa sociale, dai requisiti mutualistici e dalle concrete componenti reddituali dell'ente. Ai fini della comparazione la voce deve quindi essere separata da IRAP e IVA e qualificata come variabile

nazionale/soggettiva, non come agevolazione regionale ligure. Non emerge dalle fonti regionali consultate una specifica agevolazione IRES territoriale per le cooperative sociali che gestiscono RSA.

25.3 Demografia e bisogno assistenziale - aggiornamento 2024/2025

ISTAT quantifica la popolazione residente in Liguria al 31 dicembre 2024 in 1.510.143 persone, in aumento di 1.003 unità rispetto al 2023 (+0,1%). Le donne rappresentano il 51,6% dei residenti e superano gli uomini di oltre 47 mila unità, soprattutto per la maggiore longevità femminile. L'età media sale da 49,5 a 49,6 anni; Savona risulta la provincia più anziana con età media di 50,4 anni. Al 1 gennaio 2025 la Liguria resta tra le regioni italiane a maggiore longevità e registra 59,4 centenari ogni 100 mila residenti.

Per prevalenza regionale aggiornata di non autosufficienza, demenze, Alzheimer, MCI e Parkinson non è stata individuata, nelle fonti istituzionali consultate per questa revisione, una batteria unica 2026 omogenea e direttamente confrontabile. Queste voci restano quindi N.D. nella Master finché non saranno reperiti dataset epidemiologici regionali o nazionali territorializzati sufficientemente robusti.

25.4 Offerta, posti, liste d'attesa e domanda/offerta

La L.R. n. 9/2017 impone la pubblicazione, per le strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali accreditate, dei posti disponibili e delle liste d'attesa. Tuttavia, nel controllo svolto non è stato reperito un unico quadro regionale 2026 consolidato di numero strutture, posti autorizzati, posti accreditati, ospiti presenti e tempi medi di attesa per tutti i setting anziani. Questi indicatori sono pertanto marcati N.D. nella checklist, con una eccezione documentata per la post-acuzie nel territorio ASL 3: nel 2025 il piano di dimissioni protette ha portato la disponibilità convenzionata da circa 220 posti del 2024 a 300 e successivamente a 312 posti, con ulteriori rimodulazioni operative.

25.5 Capienza, moduli e requisiti dimensionali: criterio prudenziale

La precedente bozza riportava indicazioni di capienza massima e dimensione dei moduli non sufficientemente consolidate su una fonte ufficiale univoca riferita agli attuali setting anziani. In questa versione tali valori non vengono trasformati in dato comparativo definitivo: finché non è verificato l'allegato tecnico vigente del Manuale autorizzativo applicabile allo specifico setting, le voci su capienza massima e numero posti per modulo sono classificate N.D. Questo criterio evita di trasferire nel confronto nazionale dati storici o riferiti ad altre tipologie di residenzialità.

25.6 Tariffe: verifica del meccanismo 2024-2027

La documentazione regionale conferma il percorso verso il costo metodologico: dal 1 luglio 2024 raggiungimento del 90% della quota sanitaria definita dal nuovo metodo (70% per RP anziani); dal 1 gennaio 2025 96% (86% RP); dal 1 gennaio 2026 applicazione integrale delle tariffe risultanti dal metodo. Dal 1 gennaio 2027 è prevista l'applicazione dell'indice ISTAT riferito al tasso di inflazione programmato al sistema dei costi definito al 1 gennaio 2026. Le tariffe sanitarie sono espressamente al netto dell'IVA, con riconoscimento dell'imposta quando dovuta.

26. Audit Checklist Master RSA - 126 controlli

Legenda: V = voce verificata o trattata con fonte/regola identificata; N.D. = dato non disponibile in forma regionale univoca o non reperito in fonte ufficiale aggiornata; N.A. = non applicabile in via generale. Una voce N.D. non viene sostituita da stime non documentate.

N.	Area	Voce	Controllo	Esito	Sezione / nota
1	A — SISTEMA REGIONALE E NORMATIVA	Normativa	Leggi regionali fondamentali	V	2-3
2	A — SISTEMA REGIONALE E NORMATIVA	Normativa	Delibere/ regolamenti/ decreti attuativi vigenti	V	2-3
3	A — SISTEMA REGIONALE E NORMATIVA	Modello	Denominazione regionale delle RSA e strutture equivalenti	V	2-3
4	A — SISTEMA REGIONALE E NORMATIVA	Modello	Tipologie e livelli/intensità assistenziali	V	2-3
5	A — SISTEMA REGIONALE E NORMATIVA	Modello	Nuclei Alzheimer/demenze	V	2-3
6	A — SISTEMA REGIONALE E NORMATIVA	Modello	Post-acuzie, cure intermedie o moduli specialistici	V	2-3
7	B — STRUTTURA E DIMENSIONAMENTO	Capienza	Numero massimo di posti letto per struttura	N.D.	N.D. fino a verifica allegato tecnico vigente per setting anziani
8	B — STRUTTURA E DIMENSIONAMENTO	Moduli	Dimensione minima/massima dei nuclei o moduli	N.D.	N.D. fino a verifica allegato tecnico vigente per setting anziani
9	B — STRUTTURA E DIMENSIONAMENTO	Struttura	Requisiti dimensionali e funzionali	V	7; 19; 25.5
10	B — STRUTTURA E DIMENSIONAMENTO	Struttura	Camere, bagni e spazi comuni	N.D.	Parzialmente disciplinato nel Manuale; dettaglio non consolidato in questa revisione
11	B — STRUTTURA E DIMENSIONAMENTO	Impianti	Requisiti tecnologici e impiantistici	V	7; 19; 25.5
12	B — STRUTTURA	Sicurezza	Requisiti	V	7; 19; 25.5

N.	Area	Voce	Controllo	Esito	Sezione / nota
	E DIMENSIONE NTO		antisismici		
13	B — STRUTTURA E DIMENSIONE NTO	Sicurezza	Requisiti antincendio	V	7; 19; 25.5
14	B — STRUTTURA E DIMENSIONE NTO	Investimento	Vincoli strutturali rilevanti per nuovi investimenti	V	7; 19; 25.5
15	C — PERSONALE E ASSISTENZA	OSS	Standard/ minuti/ore per ospite	V	5-6
16	C — PERSONALE E ASSISTENZA	Infermieri	Standard/ minuti/ore per ospite	V	5-6
17	C — PERSONALE E ASSISTENZA	Fisioterapia	Standard/ minuti/ore per ospite	V	5-6
18	C — PERSONALE E ASSISTENZA	Altre figure	Educatori, animatori, psicologi ecc.	N.D.	5-6
19	C — PERSONALE E ASSISTENZA	Personale	Standard differenziati per intensità assistenziale	V	5-6
20	C — PERSONALE E ASSISTENZA	Personale	Copertura H24 e turnistica minima	N.D.	5-6
21	C — PERSONALE E ASSISTENZA	Medico	Obbligatorietà o meno del medico di struttura	V	5-6
22	C — PERSONALE E ASSISTENZA	Medico	Minutaggio/ orario eventualmente previsto	V	5-6
23	C — PERSONALE E ASSISTENZA	Medico	Rapporto con MMG dell'ospite	N.D.	Ruolo MMG da distinguere per setting; non generalizzato
24	C — PERSONALE E ASSISTENZA	Medico	Chi sostiene il costo del medico	N.D.	Costo medico incorporato nell' organizzazione/t ariffa, non isolato come voce pubblica
25	C — PERSONALE E ASSISTENZA	Direzione	Direttore/ responsabile di struttura	V	5-6

N.	Area	Voce	Controllo	Esito	Sezione / nota
26	C — PERSONALE E ASSISTENZA	Direzione sanitaria	Obbligo, requisiti e funzioni	V	5-6
27	C — PERSONALE E ASSISTENZA	Assistenza	PAI e valutazione multidimensionale	V	5-6
28	D — FARMACI E PRESTAZIONI SANITARIE	Farmaci	Chi fornisce e paga i farmaci	N.D.	Onere economico non uniforme per ogni categoria di farmaco
29	D — FARMACI E PRESTAZIONI SANITARIE	Farmaci	Gestione farmaci/stupefacenti e relativa documentazione	V	8
30	D — FARMACI E PRESTAZIONI SANITARIE	Dispositivi	Ausili, protesi e dispositivi medici	N.D.	Onere/ distribuzione non ricostruiti in modo univoco
31	D — FARMACI E PRESTAZIONI SANITARIE	Prestazioni	Specialistica, diagnostica e altre prestazioni sanitarie	N.D.	N.D. come regola economica unitaria
32	E — ACCESSO E RAPPORTO CON IL SSR	Accesso	PUA/punto di accesso o sistema equivalente	V	4; 9; 25.4
33	E — ACCESSO E RAPPORTO CON IL SSR	Valutazione	UVM/UVG o organismo equivalente	V	4; 9; 25.4
34	E — ACCESSO E RAPPORTO CON IL SSR	Accesso	Graduatorie e liste d attesa	N.D.	Pubblicazione prevista; quadro regionale unico 2026 non reperito
35	E — ACCESSO E RAPPORTO CON IL SSR	Scelta	Liberta di scelta della struttura	N.D.	Regole locali/appropriatezza; non sintetizzate in un unico indicatore
36	E — ACCESSO E RAPPORTO CON IL SSR	Autorizzazione	Requisiti e procedimento	V	4; 9; 25.4
37	E — ACCESSO E RAPPORTO CON IL SSR	Accreditamento	Requisiti e procedimento	V	4; 9; 25.4
38	E — ACCESSO E RAPPORTO CON IL SSR	Contratti	Convenzionamento/ contrattualizzazione con SSR	V	4; 9; 25.4
39	E — ACCESSO E RAPPORTO CON IL SSR	Budget	Budget, tetti di spesa/posti contrattualizzati	V	4; 9; 25.4

N.	Area	Voce	Controllo	Esito	Sezione / nota
40	E — ACCESSO E RAPPORTO CON IL SSR	Controlli	Vigilanza, audit e verifiche regionali/ASL	V	4; 9; 25.4
41	F — TARIFFE E COMPARTICIPAZIONE	Tariffe	Tariffa totale per ciascun livello	V	10-11
42	F — TARIFFE E COMPARTICIPAZIONE	Quota sanitaria	Importo e percentuale	V	10-11
43	F — TARIFFE E COMPARTICIPAZIONE	Quota sociale	Importo e percentuale	V	10-11
44	F — TARIFFE E COMPARTICIPAZIONE	IVA	Tariffa indicata al netto o comprensiva di IVA	V	10-11
45	F — TARIFFE E COMPARTICIPAZIONE	Utente	Importo effettivamente a carico dell'ospite	N.D.	Retta effettiva può variare per servizi aggiuntivi/agevolazioni
46	F — TARIFFE E COMPARTICIPAZIONE	Comune	Eventuale integrazione Comune/SdS/ente pubblico	N.D.	Dipende da disciplina sociale locale e situazione utente
47	F — TARIFFE E COMPARTICIPAZIONE	ISEE	Regole di compartecipazione	N.D.	ISEE nazionale + applicazioni locali; non una soglia regionale unica
48	F — TARIFFE E COMPARTICIPAZIONE	Extra	Servizi esclusi dalla retta ed eventuali supplementi	N.D.	Dipende dal contratto/retta della struttura
49	G — INDICIZZAZIONE E DINAMICA DELLE TARIFFE	Indicizzazione	Esistenza di un meccanismo di indicizzazione	V	12; 25.6
50	G — INDICIZZAZIONE E DINAMICA DELLE TARIFFE	Indicizzazione	Automatico o subordinato a provvedimento	V	12; 25.6
51	G — INDICIZZAZIONE E DINAMICA DELLE TARIFFE	Indice	ISTAT FOI/NIC/TIP o altro parametro	V	12; 25.6
52	G — INDICIZZAZIONE E DINAMICA DELLE TARIFFE	Periodicità	Frequenza dell'aggiornamento	V	12; 25.6
53	G —	Componenti	Quota	N.D.	Da distinguere:

N.	Area	Voce	Controllo	Esito	Sezione / nota
	INDICIZZAZIONE E DINAMICA DELLE TARIFFE		sanitaria/sociale indicizzate separatamente		costo standard/TIP; quota sociale ha storia specifica
54	G — INDICIZZAZIONE E DINAMICA DELLE TARIFFE	Storico	Serie storica delle tariffe	V	12; 25.6
55	G — INDICIZZAZIONE E DINAMICA DELLE TARIFFE	Inflazione	Confronto con inflazione ISTAT effettiva	N.D.	Confronto quantitativo completo da sviluppare nel report comparativo
56	G — INDICIZZAZIONE E DINAMICA DELLE TARIFFE	Valore reale	Perdita/recupero del potere d acquisto della tariffa	N.D.	Confronto quantitativo completo da sviluppare nel report comparativo
57	H — COSTO DEL LAVORO E CCNL	CCNL	Contratto/i utilizzati o considerati dalla Regione	V	13
58	H — COSTO DEL LAVORO E CCNL	Costo lavoro	Incidenza del personale sul costo RSA	N.D.	N.D. percentuale unica pubblica per tutti i setting
59	H — COSTO DEL LAVORO E CCNL	Rinnovi	Incrementi derivanti dai rinnovi CCNL	N.D.	Rinnovi CCNL variabili; la Regione dichiara di considerarli nel metodo
60	H — COSTO DEL LAVORO E CCNL	Tariffe	Meccanismo di riconoscimento degli aumenti contrattuali	V	13
61	H — COSTO DEL LAVORO E CCNL	Scostamento	Confronto incremento CCNL/incremento o tariffario	N.D.	Confronto quantitativo da svolgere nella fase interregionale
62	I — FISCALITA	IVA	Regime IVA delle prestazioni RSA	V	14; 14.1; 25.2
63	I — FISCALITA	IVA	Specificità cooperative sociali - aliquota 5%	V	14; 14.1; 25.2
64	I — FISCALITA	IVA	Effetto IVA compresa/al netto sulla remunerazione	V	14; 14.1; 25.2

N.	Area	Voce	Controllo	Esito	Sezione / nota
65	I — FISCALITA	IRAP	Aliquota ordinaria regionale	N.D.	Aliquota ordinaria generale non necessaria al caso tipo A; va verificata sul soggetto
66	I — FISCALITA	IRAP	Agevolazioni cooperative sociali	V	14; 14.1; 25.2
67	I — FISCALITA	IRAP	Distinzione cooperative tipo A/B quando rilevante	V	14; 14.1; 25.2
68	I — FISCALITA	IRES	Agevolazioni/ esenzioni applicabili	N.D.	IRES nazionale/soggettiva, non agevolazione regionale
69	I — FISCALITA	Fiscalita	Ulteriori agevolazioni regionali rilevanti	N.D.	Nessuna ulteriore agevolazione regionale RSA specifica reperita
70	L — IMMOBILI E IMU	IMU	Regime applicabile agli immobili RSA	N.D.	Regime statale + delibere comunali
71	L — IMMOBILI E IMU	IMU	Agevolazioni per cooperative sociali/ETS	N.D.	Dipende da soggetto, uso e Comune
72	L — IMMOBILI E IMU	IMU	Differenze rispetto agli immobili commerciali/produttivi	N.D.	Confronto comunale, non regionale
73	L — IMMOBILI E IMU	Immobile	Incidenza immobiliare sulla sostenibilit� della gestione	N.D.	Rilevante ma non quantificabile con un valore regionale unico
74	M — COMPLIANCE	Sicurezza	D.Lgs. 81/2008, DVR, RSPP	V	17; 25.1
75	M — COMPLIANCE	Antincendio	Prevenzione incendi e relativi adempimenti	V	17; 25.1
76	M — COMPLIANCE	Privacy	GDPR e trattamento dati sanitari	V	17; 25.1
77	M — COMPLIANCE	Cybersecurity	Sicurezza informatica e dei sistemi	V	17; 25.1
78	M —	Alimentazione	HACCP e	V	17; 25.1

N.	Area	Voce	Controllo	Esito	Sezione / nota
	COMPLIANCE		sicurezza alimentare		
79	M — COMPLIANCE	Legionella	Prevenzione e controllo	V	17; 25.1
80	M — COMPLIANCE	Rifiuti	Rifiuti sanitari e speciali	V	17; 25.1
81	M — COMPLIANCE	Rischio	Rischio clinico/assistenziale	V	17; 25.1
82	M — COMPLIANCE	Formazione	Formazione obbligatoria del personale	V	17; 25.1
83	M — COMPLIANCE	Assicurazioni	Coperture obbligatorie/rilevanti	V	17; 25.1
84	M — COMPLIANCE	231	D.Lgs. 231/2001 e modello organizzativo	V	17; 25.1
85	M — COMPLIANCE	Qualità	Sistema qualità e miglioramento continuo	V	17; 25.1
86	M — COMPLIANCE	ISO	Certificazioni richieste o volontarie	V	17; 25.1
87	M — COMPLIANCE	Flussi	Flussi informativi obbligatori Regione/ASL	V	17; 25.1
88	M — COMPLIANCE	Figure compliance	RASA o figure equivalenti, ove pertinenti	N.A.	N.A. per RSA privata ordinaria; rileva se stazione appaltante
89	M — COMPLIANCE	Controlli	Audit interni/esterni	V	17; 25.1
90	M — COMPLIANCE	Costi	Costo economico della compliance	N.D.	Costo non pubblicato come valore standard regionale
91	M — COMPLIANCE	Tariffe	Eventuale riconoscimento dei costi di compliance nella tariffa	N.D.	Nessun riconoscimento autonomo generalizzato individuato
92	N — DEMOGRAFIA E BISOGNO ASSISTENZIALE	Demografia	Popolazione regionale	V	18; 25.3
93	N —	Anziani	Popolazione >=65	N.D.	N.D. in questa

N.	Area	Voce	Controllo	Esito	Sezione / nota
	DEMOGRAFIA E BISOGNO ASSISTENZIALE				revisione; richiede estrazione ISTAT per classi di età
94	N — DEMOGRAFIA E BISOGNO ASSISTENZIALE	Grandi anziani	>=75/80/85 secondo disponibilità	N.D.	N.D. in questa revisione; richiede estrazione ISTAT per classi di età
95	N — DEMOGRAFIA E BISOGNO ASSISTENZIALE	Genere	Invecchiamento uomini/donne	V	18; 25.3
96	N — DEMOGRAFIA E BISOGNO ASSISTENZIALE	Non autosufficienza	Stima della popolazione non autosufficiente	N.D.	N.D. dataset omogeneo 2026 non reperito
97	N — DEMOGRAFIA E BISOGNO ASSISTENZIALE	Demenze	Prevalenza/stima	N.D.	N.D. dataset omogeneo 2026 non reperito
98	N — DEMOGRAFIA E BISOGNO ASSISTENZIALE	Alzheimer	Prevalenza/stima	N.D.	N.D. dataset omogeneo 2026 non reperito
99	N — DEMOGRAFIA E BISOGNO ASSISTENZIALE	MCI	Mild Cognitive Impairment, se disponibile	N.D.	N.D. dataset omogeneo 2026 non reperito
100	N — DEMOGRAFIA E BISOGNO ASSISTENZIALE	Parkinson	Prevalenza/stima	N.D.	N.D. dataset omogeneo 2026 non reperito
101	O — OFFERTA RESIDENZIALE	Offerta	Numero strutture	N.D.	Elenco strutture disponibile, totale consolidato non ricostruito
102	O — OFFERTA RESIDENZIALE	Posti	Posti autorizzati	N.D.	N.D. aggregato regionale 2026
103	O — OFFERTA RESIDENZIALE	Posti	Posti accreditati/contrattualizzati	N.D.	N.D. aggregato regionale 2026
104	O — OFFERTA RESIDENZIALE	Utilizzo	Ospiti effettivamente presenti	N.D.	N.D. aggregato regionale 2026
105	O — OFFERTA RESIDENZIALE	Genere	Ospiti distinti per sesso, se disponibile	N.D.	N.D.
106	O — OFFERTA RESIDENZIALE	Indicatore	Posti per 1.000 anziani	N.D.	N.D. fino a dati posti/65+

N.	Area	Voce	Controllo	Esito	Sezione / nota
					omogenei
107	O — OFFERTA RESIDENZIALE	Indicatore	Tasso di istituzionalizzazione	N.D.	N.D.
108	O — OFFERTA RESIDENZIALE	Attesa	Liste e tempi d'attesa	N.D.	Pubblicazione prevista, dato regionale aggregato 2026 non reperito
109	O — OFFERTA RESIDENZIALE	Equilibrio	Rapporto domanda/offerta	N.D.	Qualitativamente domanda elevata; indicatore quantitativo N.D.
110	P — ECONOMIA DEL SISTEMA	Spesa pubblica	Costo pubblico della residenzialità	N.D.	N.D. totale regionale omogeneo
111	P — ECONOMIA DEL SISTEMA	Personale	Costo effettivo/netto del personale	N.D.	N.D. valore regionale unico
112	P — ECONOMIA DEL SISTEMA	Medico	Costo e imputazione economica	N.D.	N.D. voce autonoma
113	P — ECONOMIA DEL SISTEMA	Immobile	Costo immobiliare	N.D.	N.D. valore unico
114	P — ECONOMIA DEL SISTEMA	Compliance	Incidenza economica degli adempimenti	N.D.	N.D. valore standard
115	P — ECONOMIA DEL SISTEMA	Tariffa	Adeguatezza tariffa/costi riconosciuti	N.D.	Valutazione qualitativa, non indice unico
116	P — ECONOMIA DEL SISTEMA	Investimenti	Investimento necessario per nuova RSA	N.D.	Dipende da progetto, immobile e setting
117	P — ECONOMIA DEL SISTEMA	Barriere	Barriere economiche/regolamentari all'ingresso	V	19-20
118	Q — LETTURA FINALE	Gestore	Sostenibilità economica	V	20-22
119	Q — LETTURA FINALE	Gestore	Principali criticità organizzative	V	20-22
120	Q — LETTURA FINALE	Gestore	Principali punti favorevoli del sistema	V	20-22
121	Q — LETTURA FINALE	Famiglia	Costo effettivo	N.D.	Quota standard nota; costo

N.	Area	Voce	Controllo	Esito	Sezione / nota
					effettivo può variare
122	Q — LETTURA FINALE	Famiglia	Accessibilità economica	N.D.	Dipende da ISEE/Comune/servizi
123	Q — LETTURA FINALE	Famiglia	Tempi di accesso	N.D.	N.D. regionale aggregato
124	Q — LETTURA FINALE	Famiglia	Libertà di scelta	N.D.	Da leggere con appropriatezza e disponibilità posti
125	Q — LETTURA FINALE	Confronto	Elementi distintivi rispetto alle altre Regioni	V	20-22
126	Q — LETTURA FINALE	Sintesi	Scheda sintetica standardizzata	V	20-22

27. Esito dell'audit Master

La Liguria risulta ora allineata alla Checklist Master sul piano metodologico: tutte le 126 voci sono state controllate e ciascuna ha un esito esplicito. Questo non significa che per tutte esista un dato quantitativo regionale: le voci N.D. sono mantenute visibili proprio per evitare false completezze. Prima del confronto nazionale, gli N.D. quantitativi potranno essere ulteriormente ridotti attraverso estrazioni dedicate da ISTAT, banca dati regionale delle strutture, atti ASL e fonti epidemiologiche territoriali.

Elementi liguri già solidamente verificati e direttamente comparabili: tipologie assistenziali, accesso/valutazione, standard di personale, presenza medica, autorizzazione/accreditamento, tariffe 2026, quota sanitaria/sociale, IVA al netto, percorso 2024-2026 verso il costo standard, indicizzazione TIP dal 2027, considerazione dei CCNL nel metodo tariffario, IRAP agevolata al 3,00% per cooperative sociali di tipo A iscritte all'albo regionale, e struttura della compliance. Restano volutamente N.D. alcuni dati di capienza/modularità, epidemiologia, offerta aggregata, liste d'attesa e costi economici medi, finché non siano disponibili fonti ufficiali univoche e aggiornate.

28. Fonti aggiuntive utilizzate per l'audit Master

- Regione Liguria, L.R. 11 maggio 2017, n. 9, testo coordinato - autorizzazione, accreditamento, pubblicazione di posti disponibili e liste di attesa.
- Regione Liguria, pagina ufficiale IRAP - aliquota 3,00% per cooperative sociali di tipo A iscritte all'albo regionale, limitatamente al valore della produzione netta prodotto in Liguria.
- Regione Liguria, documentazione di applicazione della DGR n. 640/2024 - percorso 90%/96%/100% e applicazione TIP dal 1 gennaio 2027.
- Regione Liguria, Decreto n. 518/2025 e Decreto n. 1112/2026 - tariffe residenzialità anziani 2025 e 2026.
- ISTAT, Censimento permanente della popolazione - dati regionali anno 2024, pubblicato 30 aprile 2026.
- ISTAT, I centenari in Italia al 1 gennaio 2025.

- Regione Liguria, comunicazioni 2025 sul piano ASL 3 per dimissioni protette e posti RSA post-acuti.