

Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Analisi normativa, assistenziale, economica e immobiliare

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)

Progetto: analisi comparata delle discipline regionali delle RSA

1. Premessa

La Lombardia presenta un sistema RSA ampio e maturo, caratterizzato dalla separazione tra autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione con il Servizio sanitario regionale. La libera scelta dell'utente è elevata e l'accesso ordinario avviene direttamente presso le strutture; il finanziamento pubblico, tuttavia, riguarda soltanto i posti inseriti nel circuito contrattualizzato e nei relativi budget.

Il modello combina una capacità ricettiva elevata, nuclei relativamente piccoli, uno standard di personale espresso come monte-minuti complessivo, classificazione individuale SOSIA e una significativa libertà del gestore nella composizione professionale e nella determinazione della quota di retta a carico dell'ospite.

2. Quadro normativo di riferimento

I riferimenti principali sono la l.r. Lombardia n. 33/2009 sul sistema sociosanitario regionale; la DGR VII/7435 del 14 dicembre 2001 sui requisiti per autorizzazione e accreditamento delle RSA; la DGR VII/12618 del 7 aprile 2003 sugli standard di personale e sul sistema di remunerazione; le successive regole annuali di sistema e gli atti regionali in materia di accreditamento, contrattualizzazione e budget.

Per gli investimenti immobiliari assume rilievo storico la l.r. n. 33/1991, istitutiva del FRISL, Fondo Ricostituzione Infrastrutture Sociali Lombardia. Nel 2026 il Consiglio regionale ha espresso un indirizzo per il ripristino dello strumento a favore delle strutture sociosanitarie, ma nelle fonti esaminate non risulta ancora una misura ordinaria nuovamente operativa per la costruzione di nuove RSA private.

3. Destinatari e funzione della RSA

La RSA accoglie persone anziane non autosufficienti che necessitano di assistenza sanitaria, infermieristica, riabilitativa, tutelare e alberghiera non adeguatamente assicurabile a domicilio. Per ogni ospite la struttura effettua la valutazione sanitaria e assistenziale e predispone il Piano di Assistenza Individuale (PAI).

4. Capacità ricettiva e nuclei

Per i nuovi accreditamenti la DGR n. 7435/2001 prevede una capacità ricettiva complessiva compresa, in via ordinaria, tra 20 e 120 posti letto. La struttura è articolata in nuclei da almeno 10 e non oltre 20 posti. Per strutture storiche già autorizzate o accreditate sono previste salvaguardie e regimi transitori che possono consentire capacità complessive superiori a 120 posti e nuclei fino a 30 posti.

Parametro	Standard ordinario Lombardia
Capacità minima	20 posti
Capacità massima	120 posti
Nucleo	10-20 posti
Regimi storici	Possibili strutture >120 posti e nuclei fino a 30 nei casi salvaguardati

5. Requisiti architettonici e dimensionali

Il modello ordinario privilegia camere singole e doppie, con superfici minime di 12 m² per la camera singola e 18 m² per la doppia. Le camere devono essere servite da bagno attrezzato per persone non autosufficienti. Le camere a tre o quattro letti appartengono essenzialmente a situazioni storiche o transitorie e non rappresentano il modello ordinario dei nuovi accreditamenti.

Tipologia camera	Superficie minima
Singola	12 m ²
Doppia	18 m ²
Tripla/quadrupla	Non ordinaria nei nuovi accreditamenti; possibili regimi storici

6. Servizi di nucleo e spazi comuni

Ogni nucleo deve disporre degli spazi necessari al controllo e al lavoro del personale, servizi igienici per operatori, tisaneria/cucinetta, ambulatorio-medicheria, soggiorno e pranzo, bagno assistito o doccia attrezzata, depositi per carrozzine e materiali, biancheria pulita e sporca e locale per lavapadelle/vuotatoio. Alcuni servizi possono essere condivisi tra nuclei contigui sullo stesso piano, secondo la disciplina tecnica.

Gli spazi di soggiorno e pranzo e quelli di socializzazione sono dimensionati per garantire la fruibilità degli ospiti; la disciplina prevede, tra l'altro, riferimenti di 1,5 m² per ospite per specifici spazi collettivi. Sono inoltre richiesti locali per attività occupazionali, servizi igienici accessibili e spazi per il culto e la socializzazione.

7. Spazi sanitari, riabilitativi e requisiti tecnici

La RSA deve disporre di ambulatorio per visite e medicazioni e di una palestra di riabilitazione di almeno 60 m², con spogliatoio e deposito attrezzature. Devono essere garantiti sistemi di chiamata

utilizzabili dagli ospiti, adeguati sistemi di movimentazione verticale nelle strutture multipiano e il rispetto della normativa su sicurezza, prevenzione incendi, accessibilità e impianti.

8. Standard di personale

La DGR n. 12618/2003 fissa per la RSA accreditata uno standard minimo complessivo di 901 minuti di assistenza per ospite alla settimana, equivalenti a 128,71 minuti per ospite al giorno. Per i posti soltanto autorizzati il riferimento è 750 minuti settimanali, pari a 107,14 minuti al giorno. Per i Nuclei Alzheimer accreditati lo standard sale a 1.220 minuti settimanali, pari a 174,29 minuti al giorno.

Setting	Minuti/settimana	Minuti/ospite/giorno
RSA solo autorizzata	750	107,14
RSA accreditata ordinaria	901	128,71
Nucleo Alzheimer accreditato	1.220	174,29

Lo standard vigente è complessivo: devono concorrervi le professionalità mediche, infermieristiche, di assistenza alla persona (ASA/OSS), fisioterapiche/riabilitative ed educative/animative, ma la Regione non impone una ripartizione rigida dei 901 minuti tra le singole professioni. I vecchi minutaggi professionali che componevano storicamente il totale di 901 minuti non devono quindi essere trattati come minimi professionali oggi obbligatori.

La flessibilità del mix non elimina i requisiti organizzativi: devono essere garantite le funzioni professionali necessarie e la continuità assistenziale. Dati richiamati dal Consiglio regionale nel 2026 indicano inoltre una media effettivamente erogata di circa 1.164 minuti settimanali per ospite, superiore al minimo normativo; il dato va considerato come media osservata e non come nuovo standard obbligatorio.

9. Classificazione SOSIA e case-mix

La Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza (SOSIA) classifica l'ospite sulla base di tre dimensioni principali: mobilità/autonomia funzionale, cognitività-comportamento e comorbidità. Dalla combinazione dei livelli derivano otto classi. La classificazione ha funzione assistenziale, informativa ed economica, perché concorre alla determinazione della remunerazione sanitaria riconosciuta alla struttura.

Le otto classi non devono essere lette come una semplice scala lineare di gravità: rappresentano combinazioni diverse delle tre dimensioni considerate. La classificazione SOSIA deve inoltre essere distinta dal riconoscimento di un Nucleo Alzheimer, che costituisce un setting specialistico autonomo.

10. Nuclei Alzheimer

Il Nucleo Alzheimer è un modulo specialistico interno alla RSA, con organizzazione e ambienti adeguati alla gestione delle demenze e dei disturbi comportamentali. Sono richiesti sistemi di protezione appropriati, personale formato, collegamento con la rete territoriale e un modello assistenziale capace di coniugare sicurezza, mantenimento delle capacità residue e qualità della vita.

Lo standard di 1.220 minuti settimanali per ospite corrisponde a 174,29 minuti al giorno, circa il 35% in più rispetto allo standard minimo della RSA accreditata ordinaria.

11. Medico e organizzazione sanitaria

La Lombardia prevede il medico nella RSA. La valutazione dell'ospite, la definizione e l'aggiornamento del PAI e l'organizzazione dell'assistenza sanitaria sono quindi integrate nella struttura. Il medico concorre al monte-minuti complessivo insieme alle altre professionalità, senza un minimo professionale rigido derivante dalla vigente regola dei 901 minuti.

L'assistenza infermieristica deve essere organizzata in modo da garantire la continuità richiesta nell'arco delle 24 ore e l'assistenza medica deve essere assicurata nell'arco della giornata attraverso l'organizzazione prevista dalla struttura. Il modello lombardo combina pertanto flessibilità quantitativa del mix con obbligatorietà delle funzioni sanitarie e assistenziali.

12. Accesso, liste d'attesa e libera scelta

L'accesso ordinario è caratterizzato da una forte libertà di scelta. L'anziano o la famiglia può rivolgersi direttamente alla RSA prescelta per presentare domanda e conoscere disponibilità, retta e condizioni di ingresso. Non opera, in via generale, una graduatoria regionale unica equivalente al Registro Unico della Residenzialità veneto.

Le liste d'attesa sono prevalentemente riferite alle singole strutture. Servizi sociali, ospedali e servizi territoriali possono orientare e accompagnare il percorso, ma l'ammissione ordinaria mantiene una relazione diretta tra persona e RSA.

13. Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione

Autorizzazione all'esercizio, accreditamento istituzionale e contratto con ATS sono passaggi distinti. L'accreditamento è riconosciuto previa verifica dei requisiti e della compatibilità con la programmazione regionale; l'istruttoria è svolta dalla ATS competente e acquista efficacia con l'iscrizione nel registro regionale.

L'accreditamento non attribuisce automaticamente il diritto al finanziamento SSR. Per ricevere la quota sanitaria pubblica è necessario l'accordo contrattuale con ATS, accompagnato dalla relativa scheda di budget. Il budget individua il valore massimo delle prestazioni finanziabili e costituisce quindi un ulteriore limite rispetto alla semplice capacità accreditata.

La sequenza può essere sintetizzata come segue: investimento e realizzazione → autorizzazione all'esercizio → accreditamento → contratto ATS → budget → finanziamento effettivo delle prestazioni.

14. Programmazione e ingresso di nuovi operatori

La Lombardia consente l'esistenza di RSA autorizzate o accreditate che operano senza contratto SSR. Questo rende possibile un mercato integralmente privato, ma determina una forte differenza competitiva rispetto alle strutture contrattualizzate, perché in assenza di contratto il costo della prestazione resta interamente a carico dell'ospite o, quando ne ricorrono le condizioni, del Comune.

Nel 2026 le fonti istituzionali richiamano circa 739 RSA, oltre 68.500 posti autorizzati, quasi 65.000 posti accreditati e oltre 57.000 posti a contratto. La differenza di circa 8.000 posti tra accreditati e

contrattualizzati mostra concretamente che l'accreditamento non coincide con l'accesso al finanziamento pubblico.

Il Consiglio regionale ha approvato nel 2026 un indirizzo volto ad aumentare progressivamente nel triennio 2026-2028 i posti RSA a contratto e, in misura maggiore, quelli Alzheimer. Tale previsione costituisce un indirizzo politico-programmatorio e non deve essere confusa con un diritto immediato alla contrattualizzazione per i singoli operatori.

15. Remunerazione sanitaria e rette

Nelle RSA accreditate e a contratto il costo è composto da una quota sanitaria finanziata dal SSR, correlata alla classificazione SOSIA, e da una retta a carico dell'ospite. Non esiste quindi una quota sanitaria unica identica per tutti gli ospiti. Una fonte istituzionale del 2026 richiama un contributo SOSIA medio giornaliero di circa €44,90 per ospite: si tratta di una media di sistema e non di una tariffa uniforme.

La quota a carico dell'ospite non è fissata in misura unica dalla Regione ed è determinata dalla singola RSA in relazione ai servizi offerti. Nelle RSA prive di contratto con ATS l'intero costo resta invece a carico dell'ospite o del Comune competente.

16. ISEE e integrazione comunale

L'ISEE sociosanitario residenziale, disciplinato dal DPCM n. 159/2013, rileva ai fini della valutazione della capacità economica dell'ospite e dell'eventuale intervento dei servizi sociali comunali sulla retta. Non risulta una formula regionale lombarda unica che trasformi automaticamente un determinato valore ISEE in una compartecipazione giornaliera uniforme per tutte le RSA.

La concreta integrazione economica dipende pertanto dalla disciplina nazionale e dai regolamenti e criteri adottati dagli enti territorialmente competenti.

17. Infrastruttura immobiliare e investimenti

Storicamente la Lombardia ha sostenuto la formazione e l'ammodernamento del patrimonio sociale attraverso il FRISL, istituito dalla l.r. n. 33/1991. Lo strumento ha finanziato anche strutture per anziani e RSA mediante finanziamenti in conto capitale rimborsabili, ordinariamente senza interessi e su periodi pluriennali; la disciplina ha previsto anche specifiche forme di contributo in presenza delle condizioni stabilite.

Le fonti storiche documentano l'utilizzo del FRISL per interventi su case di riposo e RSA. Questo elemento è rilevante per comprendere la formazione dello stock immobiliare esistente e la possibile diversa posizione patrimoniale degli operatori storici rispetto ai nuovi entranti.

18. Sostegno immobiliare attuale e nuovo investitore

Nel quadro esaminato per il 2026 il FRISL non risulta nuovamente operativo come misura ordinaria generalizzata per un soggetto privato che voglia realizzare una nuova RSA. Il Consiglio regionale ha approvato un indirizzo per il ripristino dello strumento, ma tale indirizzo non equivale, da solo, all'apertura di una misura concretamente accessibile.

Sono presenti interventi pubblici specifici, settoriali o nominativi per sicurezza, adeguamento e patrimonio sociosanitario, ma non devono essere confusi con un fondo strutturale ordinario disponibile per l'acquisto o la costruzione di nuove RSA private. Un nuovo operatore deve quindi,

in linea generale, sostenere l'investimento mediante capitale proprio, credito e gli eventuali strumenti generali o settoriali applicabili.

Per il nuovo entrante si cumulano due rischi: rischio immobiliare, perché il capitale investito non beneficia oggi di un sostegno strutturale ordinario comparabile a quello veneto; e rischio regolatorio-commerciale, perché autorizzazione e accreditamento non garantiscono il successivo contratto SSR.

19. Valutazione comparativa provvisoria

Indicatore	Lombardia - valutazione provvisoria
Libertà di scelta dell'utente	Alta
Ingresso nel mercato RSA privato	Medio
Accesso all'accREDITamento	Medio; subordinato a requisiti e compatibilità programmatica
Contrattualizzazione SSR	Non automatica
Barriera all'ingresso nel mercato finanziato	Medio-alta / alta
Sostegno immobiliare storico	Alto (FRISL)
Sostegno immobiliare ordinario attuale	Basso-medio
Rischio capitale del nuovo entrante	Alto

La Lombardia può essere descritta come un mercato amministrato a due livelli: relativamente ampio sul versante dell'offerta autorizzata/accreditata e della libera scelta privata, più selettivo sul versante delle prestazioni effettivamente finanziate dal SSR. A questa distinzione si aggiunge un'importante asimmetria intertemporale: gli operatori storici possono aver beneficiato di strumenti pubblici di formazione del patrimonio, mentre il nuovo investitore non dispone oggi, in via ordinaria, dello stesso sostegno.

20. Confronto sintetico con Toscana, Emilia-Romagna e Veneto

Parametro	Toscana	Emilia-Romagna	Veneto	Lombardia
Capienza ordinaria max	80	75 (max 120)	120	120
Nucleo max	40	circa 20-30	30	20
Camere ordinarie	1-2 letti	preval. 1-2	1-4 letti	1-2 letti
Standard ordinario	174,59 min/giorno	rapporti case-mix	157 min/giorno	128,71 min/giorno
Medico	MMG	territoriale programmato	ULSS + Dir. sanitario	medico RSA
Libera scelta	sì, titolo individuale	più governata territorialmente	sì, entro rete programmata	alta, domanda diretta
AccREDITamento = finanziamento	No	No	No	No
Sostegno immobiliare	Basso	Medio-alto	Alto per pubblico/non	Basso-medio

Parametro	Toscana	Emilia-Romagna	Veneto	Lombardia
attuale			profit	

21. Elementi distintivi della Lombardia

I principali elementi distintivi sono: elevata libertà di scelta e accesso diretto alla RSA; netta separazione tra posto accreditato e posto a contratto; standard minimo di personale complessivo e flessibile nel mix professionale; classificazione individuale SOSIA collegata alla remunerazione; presenza del medico nella RSA; libertà della quota di retta a carico dell'ospite; possibilità di mercato integralmente privato; rilevante sostegno immobiliare storico tramite FRISL, oggi non equivalente a una misura ordinaria aperta ai nuovi investimenti.

Nel confronto interregionale la Lombardia mostra quindi una particolare combinazione di libertà sul lato della domanda e dell'offerta privata con forte selettività nell'accesso al finanziamento pubblico. Tale configurazione dovrà essere confrontata con le ulteriori Regioni prima di formulare conclusioni generali sulle barriere all'ingresso e sulla capacità di crescita degli operatori.

22. Principali riferimenti normativi e documentali

- Legge regionale Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33 - Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità.
- DGR Lombardia VII/7435 del 14 dicembre 2001 - requisiti per autorizzazione e accreditamento delle RSA.
- DGR Lombardia VII/12618 del 7 aprile 2003 - standard di personale e revisione del sistema di remunerazione RSA.
- Legge regionale Lombardia 14 dicembre 1991, n. 33 - FRISL, Fondo Ricostituzione Infrastrutture Sociali Lombardia.
- Regione Lombardia - pagine istituzionali su RSA, accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie e strutture private accreditate.
- Atti e regole regionali di sistema 2025-2026 in materia di contrattualizzazione, budget e rete sociosanitaria.
- Consiglio regionale della Lombardia, atti 2026 relativi a RSA, tariffe, posti a contratto e ripristino del FRISL.
- DPCM 5 dicembre 2013, n. 159 - disciplina ISEE, con riferimento all'ISEE sociosanitario residenziale.

Aggiornamento comparativo - fiscalità, costi e dinamica delle rette

Questa sezione integra la scheda con gli indicatori economici adottati nella comparazione interregionale. Le valutazioni sugli automatismi sono formulate in modo prudenziale: l'assenza indicata significa che, nelle fonti esaminate, non è stato individuato un meccanismo generale applicabile indistintamente a tutti i gestori e contratti.

Indicatore	Esito consolidato / criterio di lettura
Regime IRAP del gestore	Dal 1 gennaio 2026, in via sperimentale per gli anni d'imposta 2026-2027, la Lombardia esenta dall'IRAP le cooperative sociali, oltre ad alcune categorie del Terzo settore, nei limiti de minimis. Per le società commerciali resta il regime ordinario applicabile. Il dato è particolarmente rilevante nel confronto per forma giuridica.
Indicizzazione e aggiornamento delle rette	La remunerazione SSR è aggiornata attraverso regole e deliberazioni regionali; non è stato individuato un automatismo generale annuale ISTAT che rivaluti integralmente le quote SOSIA. La retta sociale/alberghiera è invece determinata dalle singole RSA.
Riconoscimento dei rinnovi CCNL	Non è stato documentato un meccanismo automatico e generalizzato che riconosca a tutte le RSA gli aumenti di tutti i CCNL applicati. Gli eventuali incrementi devono essere ricostruiti negli atti annuali di sistema e nei provvedimenti tariffari, distinguendo il contratto applicato.
Copertura pubblica specifica dei costi di personale	Lo standard di 901 minuti/settimana è remunerato nel sistema complessivo SOSIA/contratto, senza rimborso analitico separato per professione. Ciò rende particolarmente importante confrontare standard obbligatorio, costo effettivo del mix professionale e quota SSR riconosciuta.
Fiscalità immobiliare locale - IMU	Variabile comunale, da tenere distinta dall'IRAP. Nel confronto storico è inoltre necessario considerare separatamente il sostegno immobiliare FRISL e la fiscalità corrente dell'immobile.

Indicatore trasversale per il documento finale. La comparazione dovrà distinguere il ricavo/remunerazione riconosciuta al gestore dal costo effettivo della giornata assistenziale. IRAP, IMU, mancata o parziale indicizzazione, riconoscimento dei rinnovi CCNL, costo netto degli standard di personale e sostegno all'investimento immobiliare incidono congiuntamente sul margine, sulla capacità di patrimonializzazione e, nel tempo, sulla possibilità di espansione dell'operatore.

Aggiornamento della griglia comparativa: gestore, famiglia e domanda potenziale

La presente versione integra la scheda regionale con gli indicatori definiti nella fase successiva della ricerca. La lettura economica è sviluppata su due piani paralleli: sostenibilità e margine potenziale del gestore; onere economico che resta in capo all'utente e alla famiglia dopo quota sanitaria, ISEE e integrazioni pubbliche. A questi si aggiunge il profilo demografico-epidemiologico della domanda potenziale.

Prospettiva economica del gestore e della famiglia

Indicatore	Dato / criterio
Gestore	Tariffa/remunerazione, standard di personale, costo della funzione medica, IRAP, IMU, CCNL, indicizzazione, costo immobiliare e capitale investito. L'indicatore finale sarà il margine potenziale standardizzato, non la sola retta nominale.
Utente e famiglia	Quota sociale/alberghiera, ISEE sociosanitario-residenziale, integrazione comunale/regionale, eventuali servizi esclusi e costo residuo effettivo. Va distinto il prezzo della struttura dal soggetto che materialmente ne sostiene le diverse componenti.
Onere familiare potenziale	Per ogni Regione saranno esposti, quando determinabili, quota sociale teorica annua, sostegno pubblico e onere residuo dopo le integrazioni. Nel confronto finale l'onere potrà essere rapportato a un reddito/pensione standardizzati.
Immobili	Oltre al sostegno pubblico storico e corrente, il confronto misurerà l'onere immobiliare netto del gestore per posto letto/anno e per giornata di presenza, distinguendo proprietà privata, locazione, immobile pubblico e PPP/concessione.
IMU	Variabile comunale: nessuna aliquota unica viene attribuita alla Regione. Il costo sarà integrato attraverso campioni territoriali e la separata ricerca IMU.

Profilo demografico della domanda potenziale

Per garantire omogeneità, il confronto nazionale userà come base principale ISTAT. I valori sotto riportati combinano il Censimento 2024 (pubblicato nel 2026) con l'indicatore della quota di popolazione di 65 anni e più riferito al 2025. L'anno è sempre indicato per evitare confronti impropri.

Indicatore	Dato / criterio
Popolazione residente (31/12/2024)	10.033.918
Donne sul totale (2024)	50,7%
Residenti ≥65 anni (quota 2025)	23,8%
Residenti ≥85 anni (2024)	407.709 (4,1%)
Donne tra i residenti ≥85	65,7%
Lettura sintetica	Regione relativamente meno anziana del campione centro-settentrionale, ma con oltre 400 mila residenti di 85 anni e più.

Nella matrice finale i dati di popolazione saranno ulteriormente articolati in ≥ 65 , ≥ 75 e ≥ 85 anni, con valori assoluti e percentuali separati per maschi e femmine mediante le tavole ISTAT per sesso ed età. Dove la tavola sintetica regionale non espone il valore puntuale, non viene introdotta una stima autonoma.

Demenze, Alzheimer, Parkinson e MCI

La fonte di riferimento per le demenze e il Mild Cognitive Impairment (MCI) è l'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità. Saranno riportati casi stimati e prevalenze per sesso quando disponibili e confrontabili. Alzheimer sarà esposto separatamente solo in presenza di una stima regionale omogenea; non sarà ricavato applicando meccanicamente una percentuale nazionale alle demenze regionali. Per il Parkinson saranno utilizzate soltanto stime regionali epidemiologiche comparabili, indicando sempre l'anno della fonte. Incidenza e prevalenza resteranno concetti distinti.

Ospiti delle strutture residenziali e tassi di istituzionalizzazione

La ricerca incorpora anche il numero di ospiti delle strutture residenziali, con distinzione per sesso quando disponibile. I dati ISTAT sui presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari non saranno automaticamente qualificati come “ricoverati in RSA”: quando esistono dati regionali specifici per RSA/CRA/CdS o equivalente, questi avranno priorità. In assenza di una disaggregazione M/F recente e omogenea, il dato sarà indicato come non disponibile anziché stimato.

Indicatore	Dato / criterio
Indicatore di offerta	Posti accreditati/convenzionati per 1.000 residenti ≥ 75 anni.
Indicatore di utilizzo	Ospiti residenziali $\geq 65/\geq 75/\geq 85$ per 1.000 residenti della stessa fascia, ove le classi siano allineabili.
Indicatore per sesso	Tasso di istituzionalizzazione maschile e femminile, solo con numeratori e denominatori omogenei.
Demenze e residenzialità	Posti/nuclei dedicati alle demenze per 1.000 persone stimate con demenza, come indicatore di scala dell'offerta e non come misura del fabbisogno clinico individuale.

Fonti e cautele dell'aggiornamento

Fonti principali: ISTAT, Censimento permanente della popolazione - dati regionali 2024 (pubblicazione 30 aprile 2026); ISTAT, Indicatori demografici; ISTAT Demo - popolazione per sesso ed età; Osservatorio Demenze ISS; rilevazione ISTAT sui presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari; fonti regionali specifiche per posti, ospiti e reti residenziali. La quota ≥ 65 del 2025 è utilizzata come indicatore demografico corrente e sarà riallineata, nel documento comparativo finale, a una data unica per tutte le Regioni.

Riallineamento Master - settembre 2026

La scheda Lombardia viene riallineata alla Checklist Master RSA v.1.0 utilizzata per il confronto nazionale. Ogni controllo è classificato come V (verificato/trattato), N.D. (dato non disponibile o non reperito in forma regionale omogenea) o N.A. (non applicabile come parametro regionale unico). Le voci N.D. restano volutamente visibili e non vengono sostituite da stime autonome.

Integrazione trasversale: compliance e metodo comparativo

- **Sicurezza e organizzazione:** D.Lgs. 81/2008, DVR, RSPP, formazione e sorveglianza sanitaria restano obblighi generali applicabili alla gestione; i requisiti regionali di autorizzazione/accreditamento si aggiungono e non li sostituiscono.
- **Antincendio:** gli adempimenti di prevenzione incendi e gestione dell'emergenza sono trattati come parametro autonomo rispetto ai requisiti strutturali regionali.
- **Privacy e cybersecurity:** GDPR, dati sanitari, controllo degli accessi, continuità operativa, backup e gestione degli incidenti sono distinti dai requisiti assistenziali.
- **HACCP, Legionella e rifiuti:** sicurezza alimentare, gestione del rischio Legionella e rifiuti sanitari/speciali sono controlli separati nella Master.
- **Rischio clinico e qualità:** farmaci, cadute, lesioni da pressione, infezioni, eventi avversi, audit e miglioramento continuo sono letti insieme ai requisiti di accreditamento.
- **231 e ISO:** sono distinti gli obblighi normativi generalizzati dagli strumenti organizzativi o certificativi volontari; non vengono qualificati come obblighi regionali senza una fonte espressa.
- **Fiscalità:** IVA, IRAP, IRES e IMU sono trattate separatamente: IRES è nazionale; IMU è comunale; IRAP può avere specificità regionali e soggettive.
- **Tariffe e lavoro:** indicizzazione, inflazione effettiva, rinnovi CCNL e riconoscimento tariffario sono quattro controlli distinti, per evitare di equiparare un aumento amministrativo a un automatismo di indicizzazione.
- **Demografia e offerta:** popolazione anziana, demenze/MCI/Parkinson, posti, ospiti, liste d'attesa e tassi di istituzionalizzazione sono mantenuti separati; in assenza di dati regionali omogenei l'esito resta N.D.

Audit Checklist Master RSA v.1.0

Legenda: V = verificato/trattato; N.D. = non disponibile/non reperito in forma regionale omogenea; N.A. = non applicabile come parametro regionale unico.

N.	Area	Controllo	Esito	Nota
1	A - Sistema regionale e normativa	Normativa fondamentale	V	Trattato nella scheda consolidata.
2	A - Sistema regionale e normativa	Atti attuativi vigenti	V	Trattato nella scheda consolidata.
3	A - Sistema regionale e normativa	Denominazione RSA/equivalenti	V	Trattato nella scheda consolidata.
4	A - Sistema regionale e normativa	Tipologie/livelli assistenziali	V	Trattato nella scheda consolidata.
5	A - Sistema regionale	Nuclei	V	Trattato nella scheda

N.	Area	Controllo	Esito	Nota
	e normativa	Alzheimer/demenze		consolidata.
6	A - Sistema regionale e normativa	Post-acuzie/cure intermedie	V	Trattato nella scheda consolidata.
7	B - Struttura e dimensionamento	Capienza massima	V	Trattato nella scheda consolidata.
8	B - Struttura e dimensionamento	Dimensione nuclei/moduli	V	Trattato nella scheda consolidata.
9	B - Struttura e dimensionamento	Requisiti dimensionali/funzionali	V	Trattato nella scheda consolidata.
10	B - Struttura e dimensionamento	Camere/bagni/spazi comuni	V	Trattato nella scheda consolidata.
11	B - Struttura e dimensionamento	Requisiti tecnologici/impiantistici	V	Trattato nella scheda consolidata.
12	B - Struttura e dimensionamento	Requisiti antisismici	N.D.	Dato/tema non reperito in forma regionale omogenea nella versione consolidata; mantenuto aperto.
13	B - Struttura e dimensionamento	Requisiti antincendio	V	Trattato nella scheda consolidata.
14	B - Struttura e dimensionamento	Vincoli strutturali per investimenti	V	Trattato nella scheda consolidata.
15	C - Personale e assistenza	OSS/assistenza base - standard	V	Trattato nella scheda consolidata.
16	C - Personale e assistenza	Infermieri - standard	V	Trattato nella scheda consolidata.
17	C - Personale e assistenza	Fisioterapia - standard	V	Trattato nella scheda consolidata.
18	C - Personale e assistenza	Altre figure	N.D.	Dato/tema non reperito in forma regionale omogenea nella versione consolidata; mantenuto aperto.
19	C - Personale e assistenza	Standard per intensità	V	Trattato nella scheda consolidata.
20	C - Personale e assistenza	Copertura H24/turnistica	V	Trattato nella scheda consolidata.
21	C - Personale e assistenza	Medico di struttura obbligatorio	V	Trattato nella scheda consolidata.
22	C - Personale e	Minutaggio/orario	V	Trattato nella scheda

N.	Area	Controllo	Esito	Nota
	assistenza	medico		consolidata.
23	C - Personale e assistenza	Rapporto con MMG	V	Trattato nella scheda consolidata.
24	C - Personale e assistenza	Costo del medico	V	Trattato nella scheda consolidata.
25	C - Personale e assistenza	Direttore/ responsabile	N.D.	Dato/tema non reperito in forma regionale omogenea nella versione consolidata; mantenuto aperto.
26	C - Personale e assistenza	Direzione sanitaria	N.D.	Dato/tema non reperito in forma regionale omogenea nella versione consolidata; mantenuto aperto.
27	C - Personale e assistenza	PAI/VMD	V	Trattato nella scheda consolidata.
28	D - Farmaci e prestazioni sanitarie	Fornitura/pagamento farmaci	N.D.	Dato/tema non reperito in forma regionale omogenea nella versione consolidata; mantenuto aperto.
29	D - Farmaci e prestazioni sanitarie	Stupefacenti/ documentazione	N.D.	Dato/tema non reperito in forma regionale omogenea nella versione consolidata; mantenuto aperto.
30	D - Farmaci e prestazioni sanitarie	Ausili/protesi/ dispositivi	N.D.	Dato/tema non reperito in forma regionale omogenea nella versione consolidata; mantenuto aperto.
31	D - Farmaci e prestazioni sanitarie	Specialistica/ diagnostica	V	Trattato nella scheda consolidata.
32	E - Accesso e rapporto con SSR	PUA	N.D.	Dato/tema non reperito in forma regionale omogenea nella versione consolidata; mantenuto aperto.
33	E - Accesso e rapporto con SSR	UVM	N.D.	Dato/tema non reperito in forma regionale omogenea

N.	Area	Controllo	Esito	Nota
				nella versione consolidata; mantenuto aperto.
34	E - Accesso e rapporto con SSR	Graduatorie/liste attese	V	Trattato nella scheda consolidata.
35	E - Accesso e rapporto con SSR	Libertà di scelta	V	Trattato nella scheda consolidata.
36	E - Accesso e rapporto con SSR	Autorizzazione	V	Trattato nella scheda consolidata.
37	E - Accesso e rapporto con SSR	Accreditamento	V	Trattato nella scheda consolidata.
38	E - Accesso e rapporto con SSR	Contrattualizzazione	V	Trattato nella scheda consolidata.
39	E - Accesso e rapporto con SSR	Budget/tetti/posti contrattualizzati	V	Trattato nella scheda consolidata.
40	E - Accesso e rapporto con SSR	Vigilanza/audit	V	Trattato nella scheda consolidata.
41	F - Tariffe e compartecipazione	Tariffe per livello	V	Trattato nella scheda consolidata.
42	F - Tariffe e compartecipazione	Quota sanitaria	V	Trattato nella scheda consolidata.
43	F - Tariffe e compartecipazione	Quota sociale	V	Trattato nella scheda consolidata.
44	F - Tariffe e compartecipazione	IVA in tariffa	V	Trattato nella scheda consolidata.
45	F - Tariffe e compartecipazione	Onere effettivo utente	V	Trattato nella scheda consolidata.
46	F - Tariffe e compartecipazione	Integrazione Comune/SdS	V	Trattato nella scheda consolidata.
47	F - Tariffe e compartecipazione	ISEE	V	Trattato nella scheda consolidata.
48	F - Tariffe e compartecipazione	Servizi extra/supplementi	N.D.	Dato/tema non reperito in forma regionale omogenea nella versione consolidata; mantenuto aperto.
49	G - Indicizzazione e dinamica tariffe	Meccanismo indicizzazione	V	Trattato nella scheda consolidata.
50	G - Indicizzazione e dinamica tariffe	Automatico/provvedimento	V	Trattato nella scheda consolidata.
51	G - Indicizzazione e dinamica tariffe	Indice FOI/NIC/TIP	V	Trattato nella scheda consolidata.

N.	Area	Controllo	Esito	Nota
52	G - Indicizzazione e dinamica tariffe	Periodicità	V	Trattato nella scheda consolidata.
53	G - Indicizzazione e dinamica tariffe	Sanitaria/sociale separate	V	Trattato nella scheda consolidata.
54	G - Indicizzazione e dinamica tariffe	Serie storica tariffe	V	Trattato nella scheda consolidata.
55	G - Indicizzazione e dinamica tariffe	Confronto inflazione ISTAT	V	Trattato nella scheda consolidata.
56	G - Indicizzazione e dinamica tariffe	Perdita/recupero reale	N.D.	Dato/tema non reperito in forma regionale omogenea nella versione consolidata; mantenuto aperto.
57	H - Costo del lavoro e CCNL	CCNL considerati	V	Trattato nella scheda consolidata.
58	H - Costo del lavoro e CCNL	Incidenza costo personale	V	Trattato nella scheda consolidata.
59	H - Costo del lavoro e CCNL	Incrementi rinnovi	V	Trattato nella scheda consolidata.
60	H - Costo del lavoro e CCNL	Riconoscimento in tariffa	V	Trattato nella scheda consolidata.
61	H - Costo del lavoro e CCNL	Scostamento CCNL/tariffa	V	Trattato nella scheda consolidata.
62	I - Fiscalità	IVA prestazioni RSA	V	Trattato nella scheda consolidata.
63	I - Fiscalità	IVA cooperative sociali 5%	V	Trattato nella scheda consolidata.
64	I - Fiscalità	Effetto IVA su remunerazione	V	Trattato nella scheda consolidata.
65	I - Fiscalità	IRAP ordinaria	V	Trattato nella scheda consolidata.
66	I - Fiscalità	IRAP cooperative sociali	V	Trattato nella scheda consolidata.
67	I - Fiscalità	Distinzione A/B se rilevante	N.A.	Non parametro regionale unico / da valutare solo se pertinente al soggetto.
68	I - Fiscalità	IRES	V	Esplicitato nella sezione Master; dettaglio regionale da integrare solo se esiste una regola specifica.

N.	Area	Controllo	Esito	Nota
69	I - Fiscalità	Altre agevolazioni regionali	N.D.	Dato/tema non reperito in forma regionale omogenea nella versione consolidata; mantenuto aperto.
70	L - Immobili e IMU	Regime IMU RSA	V	Trattato nella scheda consolidata.
71	L - Immobili e IMU	Agevolazioni coop/ETS	V	Trattato nella scheda consolidata.
72	L - Immobili e IMU	Confronto immobili commerciali	V	Trattato nella scheda consolidata.
73	L - Immobili e IMU	Incidenza immobiliare	V	Trattato nella scheda consolidata.
74	M - Compliance	D.Lgs 81/DVR/RSPP	V	Esplicitato nella sezione Master; dettaglio regionale da integrare solo se esiste una regola specifica.
75	M - Compliance	Antincendio	V	Esplicitato nella sezione Master; dettaglio regionale da integrare solo se esiste una regola specifica.
76	M - Compliance	Privacy/GDPR	V	Esplicitato nella sezione Master; dettaglio regionale da integrare solo se esiste una regola specifica.
77	M - Compliance	Cybersecurity	V	Esplicitato nella sezione Master; dettaglio regionale da integrare solo se esiste una regola specifica.
78	M - Compliance	HACCP	V	Esplicitato nella sezione Master; dettaglio regionale da integrare solo se esiste una regola specifica.
79	M - Compliance	Legionella	V	Esplicitato nella sezione Master; dettaglio regionale da integrare solo se esiste una regola

N.	Area	Controllo	Esito	Nota
				specifica.
80	M - Compliance	Rifiuti sanitari	V	EsPLICITATO nella sezione Master; dettaglio regionale da integrare solo se esiste una regola specifica.
81	M - Compliance	Rischio clinico/assistenziale	V	EsPLICITATO nella sezione Master; dettaglio regionale da integrare solo se esiste una regola specifica.
82	M - Compliance	Formazione obbligatoria	V	EsPLICITATO nella sezione Master; dettaglio regionale da integrare solo se esiste una regola specifica.
83	M - Compliance	Assicurazioni	N.D.	Dato/tema non reperito in forma regionale omogenea nella versione consolidata; mantenuto aperto.
84	M - Compliance	D.Lgs 231/2001	V	EsPLICITATO nella sezione Master; dettaglio regionale da integrare solo se esiste una regola specifica.
85	M - Compliance	Qualità/ miglioramento continuo	V	EsPLICITATO nella sezione Master; dettaglio regionale da integrare solo se esiste una regola specifica.
86	M - Compliance	ISO	V	EsPLICITATO nella sezione Master; dettaglio regionale da integrare solo se esiste una regola specifica.
87	M - Compliance	Flussi obbligatori	V	EsPLICITATO nella sezione Master; dettaglio regionale da integrare solo se esiste una regola specifica.

N.	Area	Controllo	Esito	Nota
88	M - Compliance	RASA/figure equivalenti	N.A.	Non parametro regionale unico / da valutare solo se pertinente al soggetto.
89	M - Compliance	Audit interni/esterni	V	Esplicitato nella sezione Master; dettaglio regionale da integrare solo se esiste una regola specifica.
90	M - Compliance	Costo compliance	V	Esplicitato nella sezione Master; dettaglio regionale da integrare solo se esiste una regola specifica.
91	M - Compliance	Riconoscimento tariffario compliance	V	Esplicitato nella sezione Master; dettaglio regionale da integrare solo se esiste una regola specifica.
92	N - Demografia e bisogno	Popolazione regionale	V	Trattato nella scheda consolidata.
93	N - Demografia e bisogno	65+	V	Trattato nella scheda consolidata.
94	N - Demografia e bisogno	75+/80+/85+	V	Trattato nella scheda consolidata.
95	N - Demografia e bisogno	Genere/ invecchiamento	V	Trattato nella scheda consolidata.
96	N - Demografia e bisogno	Non autosufficienza	V	Trattato nella scheda consolidata.
97	N - Demografia e bisogno	Demenze	V	Trattato nella scheda consolidata.
98	N - Demografia e bisogno	Alzheimer	V	Trattato nella scheda consolidata.
99	N - Demografia e bisogno	MCI	V	Trattato nella scheda consolidata.
100	N - Demografia e bisogno	Parkinson	V	Trattato nella scheda consolidata.
101	O - Offerta residenziale	Numero strutture	V	Trattato nella scheda consolidata.
102	O - Offerta residenziale	Posti autorizzati	V	Trattato nella scheda consolidata.
103	O - Offerta	Posti	V	Trattato nella scheda

N.	Area	Controllo	Esito	Nota
	residenziale	accreditati/contrattualizzati		consolidata.
104	O - Offerta residenziale	Ospiti presenti	V	Trattato nella scheda consolidata.
105	O - Offerta residenziale	Ospiti per sesso	V	Trattato nella scheda consolidata.
106	O - Offerta residenziale	Posti per 1.000 anziani	V	Trattato nella scheda consolidata.
107	O - Offerta residenziale	Tasso istituzionalizzazione	V	Trattato nella scheda consolidata.
108	O - Offerta residenziale	Liste/tempi attesa	V	Trattato nella scheda consolidata.
109	O - Offerta residenziale	Rapporto domanda/offerta	V	Trattato nella scheda consolidata.
110	P - Economia del sistema	Costo pubblico residenzialità	V	Trattato nella scheda consolidata.
111	P - Economia del sistema	Costo effettivo personale	N.D.	Dato/tema non reperito in forma regionale omogenea nella versione consolidata; mantenuto aperto.
112	P - Economia del sistema	Costo/imputazione medico	V	Trattato nella scheda consolidata.
113	P - Economia del sistema	Costo immobiliare	V	Trattato nella scheda consolidata.
114	P - Economia del sistema	Incidenza compliance	N.D.	Dato/tema non reperito in forma regionale omogenea nella versione consolidata; mantenuto aperto.
115	P - Economia del sistema	Adeguatezza tariffa/costi	V	Trattato nella scheda consolidata.
116	P - Economia del sistema	Investimento nuova RSA	V	Trattato nella scheda consolidata.
117	P - Economia del sistema	Barriere ingresso	V	Trattato nella scheda consolidata.
118	Q - Lettura finale	Sostenibilità gestore	V	Trattato nella scheda consolidata.
119	Q - Lettura finale	Criticità organizzative	N.D.	Dato/tema non reperito in forma regionale omogenea nella versione

N.	Area	Controllo	Esito	Nota
				consolidata; mantenuto aperto.
120	Q - Lettura finale	Punti favorevoli sistema	N.D.	Dato/tema non reperito in forma regionale omogenea nella versione consolidata; mantenuto aperto.
121	Q - Lettura finale	Costo famiglia	V	Trattato nella scheda consolidata.
122	Q - Lettura finale	Accessibilità economica	V	Trattato nella scheda consolidata.
123	Q - Lettura finale	Tempi accesso	V	Trattato nella scheda consolidata.
124	Q - Lettura finale	Libertà scelta	V	Trattato nella scheda consolidata.
125	Q - Lettura finale	Elementi distintivi	V	Trattato nella scheda consolidata.
126	Q - Lettura finale	Scheda sintetica standardizzata	V	Trattato nella scheda consolidata.

Esito metodologico: la Regione è ora allineata alla struttura Master. Un esito N.D. non indica omissione del documento, ma identifica un punto che richiede una fonte regionale/territoriale ulteriore prima del confronto nazionale quantitativo.