

LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI IN TOSCANA

Analisi normativa, strutturale, organizzativa ed economica

Scheda pilota per il rapporto comparativo sulle discipline regionali delle RSA

Aggiornamento normativo: settembre 2026

Autori

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

Supporto alla ricerca e alla redazione: ChatGPT (OpenAI)

Sintesi esecutiva

La disciplina toscana delle RSA è caratterizzata da una forte modularità assistenziale, da requisiti strutturali analitici e da standard quantitativi di personale espressi in monte ore annuale. Il sistema distingue autorizzazione, accreditamento e finanziamento pubblico e combina valutazione multidimensionale del bisogno, Piano Assistenziale Individualizzato e libera scelta della struttura accreditata. Sotto il profilo economico, la quota sanitaria è definita a livello regionale, mentre la componente sociale/alberghiera può essere oggetto di compartecipazione in funzione dell'ISEE sociosanitario residenziale e delle regole applicative territoriali.

Ai fini della futura comparazione interregionale, il modulo base toscano viene assunto come benchmark ordinario. Gli standard professionali sono riportati sia nella forma normativa originaria (ore annue per 40 ospiti) sia in minuti per ospite/giorno.

1. Quadro normativo

I riferimenti principali sono la l.r. 41/2005 sul sistema integrato degli interventi e servizi sociali, il DPGR 2/R/2018 con il relativo Allegato A - sostituito dal DPGR 12/R/2021 - per i requisiti minimi di autorizzazione, la l.r. 82/2009 e il DPGR 86/R/2020 per l'accreditamento, nonché la DGR 244/2026 che ha aggiornato i requisiti specifici di accreditamento. Per la non autosufficienza e la compartecipazione economica rileva inoltre la l.r. 66/2008, come modificata dalla l.r. 35/2025.

2. Capacità ricettiva e organizzazione in nuclei

Il parametro ordinario fissato dalla l.r. 41/2005 per le strutture residenziali destinate a persone non autosufficienti è una capacità massima di 80 posti letto, organizzati in nuclei fino a 40 ospiti. Tale dato deve tuttavia essere letto insieme alla disciplina transitoria e ai regimi autorizzativi delle strutture preesistenti.

Fonte: l.r. Toscana 24 febbraio 2005, n. 41, art. 21; DPGR 9 gennaio 2018, n. 2/R; DPGR 22 marzo 2021, n. 12/R; l.r. 28 dicembre 2009, n. 82; DPGR 11 agosto 2020, n. 86/R; DGR 2 marzo 2026, n. 244; l.r. 18 dicembre 2008, n. 66.

2.1 Strutture preesistenti e regimi derogatori/transitori

Il limite degli 80 posti non descrive necessariamente l'intero patrimonio RSA oggi operativo. La disciplina regionale distingue le strutture di nuova istituzione da quelle già autorizzate secondo normative previgenti e prevede regimi differenti quando una struttura esistente rimane invariata, aumenta la capacità ricettiva, modifica gli spazi o si trasferisce. Ne deriva la possibile presenza di strutture legittimamente operanti con caratteristiche dimensionali non coincidenti con il modello oggi richiesto a una nuova RSA.

Nel rapporto comparativo il dato "80 posti" sarà quindi qualificato come limite ordinario vigente, distinguendolo dalle strutture storiche operanti in base a regimi autorizzativi consolidati o transitori.

3. Moduli e intensità assistenziali

Il sistema toscano è modulare. Alla non autosufficienza stabilizzata si affiancano moduli a diversa intensità e specializzazione, tra cui bassa intensità assistenziale, moduli ad alta intensità per prevalente disabilità motoria, deterioramento cognitivo/comportamentale, stati vegetativi/terminali e residenzialità assistenziale intermedia. La qualificazione del modulo modifica composizione e quantità delle professionalità richieste.

4. Requisiti dimensionali, architettonici e tecnici

Parametro	Standard toscano
Capacità ordinaria massima	80 posti letto
Dimensione massima del nucleo	40 ospiti
Camera singola	12 m ² , escluso bagno
Camera doppia	18 m ² , escluso bagno
Posti per camera	1 o 2
Servizi igienici	1 bagno attiguo alla camera doppia o ogni 2 camere singole
Bagno assistito	almeno 1 ogni 20 posti; almeno 1 per piano nelle strutture multipiano
Mensa	almeno 1,50 m ² per ospite
Spazi comuni	soggiorno, socializzazione e attività
Spazi sanitari	ambulatorio; palestra/spazi riabilitativi; depositi sanitari
Accessibilità	camere e servizi idonei a carrozzine e movimentazione
Collegamenti verticali	ascensore e montalettighe nelle strutture multipiano secondo i requisiti applicabili
Sistemi di chiamata	ai posti letto e nei servizi igienici
Dotazioni assistenziali	letti adeguabili, ausili e presidi antidecubito

Fonte: Allegato A al DPGR 2/R/2018, nel testo sostituito dal DPGR 12/R/2021.

5. Organizzazione, processo assistenziale e servizi

La RSA deve operare come parte della rete territoriale e assicurare una presa in carico individualizzata. La valutazione multidimensionale e il Piano Assistenziale Individualizzato costituiscono il fulcro del percorso. La struttura deve inoltre assicurare documentazione, continuità assistenziale e tracciabilità delle prestazioni.

- valutazione multidimensionale e presa in carico tramite UVM;
- PAI e progetto individualizzato;
- coinvolgimento dell'ospite e della famiglia o rappresentante;
- cartella personale e infermieristica;
- registro delle terapie e documentazione clinica;
- diario delle attività e registrazione dei turni/presenze;
- gestione degli ausili e passaggio strutturato delle consegne;

- diete personalizzate e attività riabilitative/socializzanti secondo il modulo.

6. Standard professionali: dato normativo originario

Modulo	Infermieristica	Riabilitazione	Assistenza base/persona	Animazione	Specialistica
BIA	3.268	817	24.510	3.268	
Base	6.536	1.634	32.680	1.634	
Alta - motoria	8.170	3.268	32.680	1.634	624
Alta - cognitivo	8.170	2.434	34.314	1.634	624
Alta - vegetativo	8.170	1.634	34.314	1.634	624
Intermedia	8.170	3.268	32.680		1.560

Fonte: Allegato A al DPGR 2/R/2018, come sostituito dal DPGR 12/R/2021. Valori espressi in ore annue riferite a 40 ospiti.

7. Standard professionali normalizzati in minuti per ospite/giorno

Per rendere comparabili gli standard toscani con quelli delle altre Regioni, il monte ore annuale viene trasformato secondo la formula: ore annue $\times 60 / (40 \text{ ospiti} \times 365 \text{ giorni})$. Il risultato rappresenta una intensità media standardizzata e non i minuti necessariamente ricevuti ogni giorno da ciascun singolo ospite.

Modulo	Inf.	Riabil.	Assist. base/persona	Anim.	Spec.	Totale
BIA	13,43	3,36	100,73	13,43	–	130,94
Base	26,86	6,72	134,30	6,72	–	174,59
Alta - motoria	33,58	13,43	134,30	6,72	2,56	190,59
Alta - cognitivo	33,58	10,00	141,02	6,72	2,56	193,87
Alta - vegetativo	33,58	6,72	141,02	6,72	2,56	190,59
Intermedia	33,58	13,43	134,30	–	6,41	187,72

Benchmark per il confronto: modulo base = 174,59 minuti/ospite/giorno complessivi, di cui 134,30 di assistenza di base/persona, 26,86 infermieristici, 6,72 riabilitativi e 6,72 di animazione socioeducativa.

8. Autorizzazione e accreditamento

L'autorizzazione al funzionamento è rilasciata dal Comune, avvalendosi della commissione multidisciplinare dell'Azienda USL per l'accertamento dei requisiti. L'accreditamento è un livello distinto e ulteriore: attribuisce alle strutture autorizzate l'idoneità a erogare prestazioni sociali e sociosanitarie per conto degli enti pubblici. Dal 2026 i requisiti specifici sono definiti dalla DGR 244/2026, che ha revocato la DGR 245/2021. Le strutture accreditate sono inoltre soggette ad autovalutazione periodica dell'attività e dei risultati.

Fonte: Regione Toscana, “Autorizzazione e accreditamento strutture del sistema sociale integrato”, aggiornamento 31 marzo 2026; L.r. 82/2009; DPGR 86/R/2020; DGR 244/2026.

9. Programmazione dell’offerta e sviluppo di nuove strutture

La disciplina regionale incide anche sulla possibilità di realizzare nuove strutture o aumentare i posti di quelle esistenti. Oltre ai requisiti tecnici e autorizzativi, assumono rilievo la programmazione del fabbisogno e la distribuzione territoriale dell’offerta. Questo profilo sarà oggetto di confronto specifico perché può incidere sull’ingresso di nuovi operatori, sugli investimenti e sulla concorrenza nel mercato dei servizi residenziali.

10. Quote sanitarie e struttura economica della retta

La retta complessiva deve essere distinta tra componente sanitaria e componente sociale/alberghiera. La quota sanitaria è determinata dalla Regione e finanziata secondo le regole del sistema pubblico. A decorrere dal 1° gennaio 2025, la DGR 1132/2023 stabilisce le seguenti quote sanitarie giornaliere per i principali moduli:

Modulo	Quota sanitaria giornaliera dal 1° gennaio 2025
Bassa intensità assistenziale (BIA)	€ 44,42
Modulo base	€ 59,10
Modulo 2 - motorio	€ 66,25
Modulo 3 - cognitivo	€ 68,53
Modulo 4 - vegetativo	€ 65,72

Fonte: DGR Toscana 25 settembre 2023, n. 1132, Allegato 3 - quote capitarie sanitarie dal 1° gennaio 2025.

10.1 Quota sociale/alberghiera

La quota sanitaria non esaurisce il costo della permanenza. Alla componente sanitaria si aggiunge la quota sociale/alberghiera, rispetto alla quale può operare la compartecipazione dell’utente. Non è corretto parlare di un’unica “retta RSA Toscana” uniforme: occorre distinguere la retta applicata dalla struttura, la quota sanitaria pubblica e l’eventuale integrazione della componente sociale secondo le regole territoriali.

11. ISEE sociosanitario residenziale e compartecipazione

L’ISEE non determina il prezzo della RSA e non determina la quota sanitaria. Esso misura la condizione economica rilevante ai fini della compartecipazione alla componente non sanitaria della prestazione. Per l’accesso alle prestazioni sociosanitarie residenziali trova applicazione la disciplina nazionale del DPCM 159/2013, con le specificità proprie dell’ISEE sociosanitario residenziale.

11.1 Composizione del nucleo e componente aggiuntiva

Per le prestazioni sociosanitarie residenziali è possibile utilizzare le regole sul nucleo previste dalla disciplina ISEE, ma la normativa considera anche - a determinate condizioni - la situazione economica dei figli non inclusi nel nucleo del beneficiario mediante una componente aggiuntiva.

La componente aggiuntiva non equivale a un automatico obbligo del figlio di pagare la retta: opera sul piano della misurazione della capacità economica ai fini amministrativi.

11.2 Patrimonio e donazioni

L'ISEE considera redditi e patrimoni secondo le regole nazionali. Per le prestazioni residenziali sono previste inoltre specifiche regole sulle donazioni di cespiti immobiliari effettuate prima della richiesta della prestazione, finalizzate a evitare che trasferimenti patrimoniali producano una rappresentazione artificiosamente ridotta della capacità economica rilevante.

11.3 Dall'ISEE alla quota effettivamente dovuta

Il passaggio logico può essere rappresentato così: retta complessiva della RSA → distinzione tra componente sanitaria e componente sociale → determinazione della quota a carico dell'assistito → valutazione ISEE → eventuale integrazione pubblica della componente sociale secondo le regole applicabili. La l.r. 66/2008 rinvia alla disciplina ISEE nazionale e consente la graduazione della compartecipazione attraverso fasce e criteri definiti nel sistema regionale e territoriale.

Per il confronto nazionale saranno tenute separate due colonne: "regole ISEE" (in larga misura nazionali) e "regole di compartecipazione" (nelle quali possono emergere differenze regionali e territoriali).

12. Accesso, PAI e libera scelta

L'accesso finanziato dal sistema pubblico presuppone la valutazione del bisogno e la definizione del PAI. Il modello toscano della libera scelta consente alla persona titolare del percorso residenziale di scegliere tra le strutture accreditate aderenti al sistema, entro il quadro della programmazione e delle risorse pubbliche disponibili. Il modello combina quindi valutazione pubblica del bisogno e pluralità degli erogatori.

13. Infrastruttura immobiliare e sostegno pubblico all'investimento

Nel modello toscano occorre distinguere nettamente la gestione privata di un immobile privato dalla gestione privata di un immobile pubblico e dalle operazioni di partenariato pubblico-privato.

Quando una RSA accreditata è realizzata e gestita in un immobile di proprietà privata, non è stato individuato un meccanismo regionale ordinario e strutturale che riconosca al gestore contributi pubblici per l'acquisto, la costruzione, la locazione o il sostenimento generale dei costi immobiliari. L'investimento e il capitale immobilizzato restano quindi, in via ordinaria, a carico del soggetto privato.

Sono tuttavia possibili misure settoriali o straordinarie. Tra queste rientrano bandi regionali rivolti anche alle RSA private per interventi di efficientamento energetico, produzione da fonti rinnovabili o altri specifici adeguamenti. Tali misure non sono assimilabili a un fondo ordinario destinato alla costruzione o all'acquisto dell'immobile RSA.

Diversa è l'ipotesi dell'immobile pubblico affidato a un gestore privato attraverso gara, concessione o altro strumento previsto dalla disciplina dei contratti pubblici. In tali casi la proprietà dell'infrastruttura resta pubblica e il rapporto economico dipende dalle condizioni dell'affidamento, dal canone e dalla ripartizione degli obblighi manutentivi.

È inoltre possibile il ricorso a partenariati pubblico-privati e project financing. In tali operazioni il privato può finanziare e realizzare o riqualificare la struttura e gestirla per un periodo sufficiente al recupero dell'investimento, mentre l'infrastruttura è destinata a restare o rientrare nella disponibilità dell'ente pubblico secondo le condizioni della concessione.

Ai fini comparativi, il grado di sostegno pubblico strutturale all'infrastruttura immobiliare privata in Toscana viene quindi classificato, in via preliminare, come basso: il sistema consente immobili pubblici in gestione, PPP e contributi settoriali, ma non è stato individuato un fondo ordinario equivalente a quello previsto dalla legislazione emiliano-romagnola per investimenti immobiliari di soggetti privati accreditati.

Fonte: l.r. Toscana 41/2005; l.r. Toscana 82/2009; bandi regionali FESR per efficientamento energetico e fonti rinnovabili nelle RSA private; disciplina generale dei contratti pubblici e delle concessioni.

14. Caratteristiche sintetiche del modello toscano

- forte modularità assistenziale e differenziazione degli standard per tipologia di bisogno;
- limite ordinario di 80 posti e nuclei fino a 40 ospiti, con necessità di distinguere le strutture storiche e i regimi autorizzativi previgenti;
- requisiti strutturali e dimensionali analitici;
- standard professionali quantitativi convertibili in minuti/ospite/giorno;
- distinzione netta tra autorizzazione e accreditamento;
- accesso basato su valutazione multidimensionale e PAI;
- libera scelta nell'ambito delle strutture accreditate aderenti;
- quota sanitaria regionale differenziata per modulo;
- componente sociale soggetta a compartecipazione e uso dell'ISEE sociosanitario residenziale;
- potenziale differenziazione territoriale nella concreta applicazione della compartecipazione;
- sostegno immobiliare privato strutturale limitato, con possibilità di immobili pubblici in gestione, PPP/project financing e misure settoriali;
- regolazione dell'offerta capace di incidere sulle condizioni di investimento e sviluppo degli operatori.

15. Questioni da verificare nel confronto interregionale

- dimensione massima delle strutture e dei nuclei;
- superfici minime delle camere e standard dei servizi igienici;
- intensità assistenziale complessiva e sua composizione professionale;
- presenza infermieristica continuativa e ruolo del medico;
- peso della riabilitazione e dell'animazione;
- requisiti per moduli demenze/Alzheimer e alta intensità;
- quote sanitarie riconosciute agli operatori;
- regole di determinazione della quota sociale e della compartecipazione;
- uso dell'ISEE e margini di differenziazione territoriale;
- vincoli alla nuova offerta e agli ampliamenti;
- grado di sostegno pubblico all'infrastruttura immobiliare e relative barriere all'ingresso;
- effetti della regolazione sullo sviluppo degli operatori privati e del Terzo Settore.

Riferimenti normativi e amministrativi principali

- l.r. Toscana 24 febbraio 2005, n. 41 - Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.
- DPGR Toscana 9 gennaio 2018, n. 2/R - Regolamento di attuazione dell'art. 62 della l.r. 41/2005.
- DPGR Toscana 22 marzo 2021, n. 12/R - sostituzione dell'Allegato A al DPGR 2/R/2018 e introduzione del modulo di residenzialità assistenziale intermedia.
- l.r. Toscana 28 dicembre 2009, n. 82 - Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato.
- DPGR Toscana 11 agosto 2020, n. 86/R - Regolamento di attuazione della l.r. 82/2009.
- DGR Toscana 2 marzo 2026, n. 244 - requisiti specifici di accreditamento e checklist; revoca DGR 245/2021.
- l.r. Toscana 18 dicembre 2008, n. 66 - Fondo regionale per la non autosufficienza, nel testo vigente.
- l.r. Toscana 15 luglio 2025, n. 35 - modifiche alla disciplina della non autosufficienza.
- DGR Toscana 25 settembre 2023, n. 1132 - adeguamento delle quote capitarie sanitarie RSA; Allegato 3 per gli importi dal 1° gennaio 2025.
- DPCM 5 dicembre 2013, n. 159 - disciplina dell'ISEE, incluse le prestazioni sociosanitarie residenziali.

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	Aliquota ordinaria 3,90%. La l.r. 79/2013 riduce di 0,92 punti l'aliquota per cooperative sociali e, dal 2025, per ETS RUNTS nei limiti previsti: riferimento agevolato 2,98%. Le ASP toscane applicano il 2,98% dal 2024. La comparazione finale dovrà considerare anche base imponibile e limiti de minimis.
Indicizzazione e aggiornamento delle rette	Per la quota sanitaria RSA non risulta un automatismo annuale ISTAT vigente: la DGR 1132/2023 ha disposto incrementi nominali fino al 1 gennaio 2025 e ha chiarito la non applicabilità alla quota sanitaria RSA del precedente meccanismo ISTAT della DGR 818/2009. La quota sociale/alberghiera va analizzata separatamente secondo disciplina e determinazioni territoriali.
Riconoscimento dei rinnovi CCNL	Non è stato individuato, nella disciplina RSA esaminata, un meccanismo generale e automatico che trasferisca nella quota sanitaria ogni aumento derivante dai rinnovi dei diversi CCNL applicati dai gestori. Indicatore da mantenere come elemento critico e da verificare per singolo contratto e singolo provvedimento tariffario.
Copertura pubblica specifica dei costi di personale	Gli standard assistenziali sono incorporati nella costruzione della quota sanitaria, ma non è stato individuato un rimborso separato e documentale dei costi di infermieri, riabilitazione o direzione sanitaria analogo al modello FVG. Il rischio di scostamento fra costo effettivo del personale e quota riconosciuta resta quindi rilevante.
Fiscalità immobiliare locale - IMU	Variabile comunale, non sintetizzabile con una singola aliquota regionale. Deve essere mantenuta distinta dall'IRAP e raccordata alla ricerca specifica sui regolamenti IMU comunali.

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)	3.657.716
Donne sul totale (2024)	51,3%
Residenti ≥65 anni (quota 2025)	26,8%
Residenti ≥85 anni (2024)	176.884 (4,8%)
Donne tra i residenti ≥85	64,0%
Lettura sintetica	Struttura per età più anziana della media nazionale.

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.

16. Riallineamento Master - aggiornamento settembre 2026

Questa sezione riallinea la scheda Toscana alla Checklist Master RSA v.1.0, adottata per il confronto nazionale. La verifica distingue i dati effettivamente documentati da quelli non disponibili in forma regionale omogenea e dagli elementi non applicabili come parametro regionale unico.

16.1 Medico, assistenza farmaceutica e dispositivi

Medico di medicina generale: Nel modulo base l'assistenza medica è garantita dal Medico di Medicina Generale di libera scelta dell'assistito. La disciplina regionale storica regola anche la frequenza degli accessi del MMG in relazione al numero di propri assistiti presenti nella struttura. Non emerge quindi, per il modulo base ordinario, un obbligo generalizzato di "medico di struttura" dipendente dal gestore analogo a quello previsto in altri sistemi regionali.

Farmaci e dispositivi: Dal 2024 la Regione Toscana ha definito un modello di erogazione diretta: i farmaci di classe A e i dispositivi ricompresi negli indirizzi regionali sono prescritti dal medico curante e forniti alle RSA dalle Aziende USL tramite le farmacie ospedaliere e la logistica ESTAR. La fornitura è quindi imputata al servizio sanitario secondo i criteri regionali, salvo farmaci o dispositivi fuori lista e specifiche eccezioni disciplinate dai protocolli aziendali.

Tracciabilità: La preparazione e somministrazione della terapia rientrano nell'assistenza infermieristica; cartella, registro delle terapie e flussi informativi farmaceutici costituiscono elementi di tracciabilità e controllo. Gli stupefacenti restano soggetti alla disciplina nazionale speciale e agli obblighi di registrazione e custodia applicabili.

16.2 Compliance e obblighi gestionali

La compliance viene trattata come area autonoma. Occorre distinguere gli obblighi nazionali, i requisiti regionali di autorizzazione/accreditamento e gli strumenti volontari di organizzazione e qualità.

- **Sicurezza sul lavoro:** D.Lgs. 81/2008: DVR, RSPP, formazione, sorveglianza sanitaria e gestione dei rischi professionali.
- **Prevenzione incendi:** adempimenti di prevenzione incendi e gestione dell'emergenza secondo la disciplina nazionale applicabile alle strutture sociosanitarie.
- **Privacy e dati sanitari:** GDPR e Codice privacy, con particolare attenzione ai dati relativi alla salute, autorizzazioni, accessi, conservazione e sicurezza dei sistemi.
- **Cybersecurity:** protezione dei sistemi informativi, continuità operativa, controllo degli accessi, backup e gestione degli incidenti; non è individuato un requisito regionale RSA autonomo che sostituisca la disciplina generale.
- **HACCP e ristorazione:** obblighi di autocontrollo alimentare quando il servizio è gestito internamente o sotto la responsabilità della struttura.
- **Legionella:** valutazione e gestione del rischio degli impianti idrici secondo linee guida nazionali e regionali applicabili.
- **Rifiuti sanitari:** classificazione, deposito, tracciabilità e smaltimento secondo la disciplina ambientale e sanitaria vigente.
- **Rischio clinico e assistenziale:** procedure su farmaci, cadute, lesioni da pressione, contenzione, infezioni, eventi avversi e continuità assistenziale.

- **Accreditamento e qualità:** la DGR 244/2026 richiede requisiti specifici e indicatori; le strutture accreditate effettuano autovalutazione dell'attività e dei risultati con periodicità annuale e individuano azioni correttive per il miglioramento continuo.
- **231 e ISO:** il D.Lgs. 231/2001 e le certificazioni ISO non costituiscono, in via generale, requisiti regionali obbligatori per ogni RSA; possono tuttavia assumere rilievo organizzativo, contrattuale o volontario.
- **Flussi informativi e controlli:** sono presenti obblighi informativi regionali e controlli su requisiti, attività e risultati; nel 2026 la Regione ha ricostituito il Gruppo tecnico regionale di valutazione per le strutture accreditate.
- **Costo della compliance:** non è individuata una componente tariffaria separata e automatica destinata a rimborsare i costi di compliance; tali costi restano quindi incorporati nella gestione complessiva e nella sostenibilità della tariffa.

16.3 Tariffe, indicizzazione, inflazione e CCNL

Alla data di aggiornamento non è stato individuato un nuovo aumento generalizzato della quota sanitaria RSA successivo agli importi decorrenti dal 1° gennaio 2025 stabiliti dalla DGR 1132/2023. Per il modulo base la quota sanitaria resta quindi € 59,10 al giorno, salvo successivi provvedimenti o specifici regimi contrattuali.

Decorrenza	Modulo base	Incremento	Meccanismo
1 luglio 2023	€ 56,00	+ € 2,00/die	DGR 1132/2023
1 gennaio 2024	€ 57,60	+ € 1,60/die	DGR 1132/2023
1 gennaio 2025	€ 59,10	+ € 1,50/die	DGR 1132/2023
2026	€ 59,10	nessun automatismo generale reperito	nessuna indicizzazione annuale automatica individuata

Indicizzazione: non risulta vigente un meccanismo automatico annuale basato su FOI, NIC o TIP applicabile alla quota sanitaria RSA. La DGR 1132/2023 ha disposto incrementi nominali predeterminati e ha escluso l'applicazione alla quota sanitaria RSA del precedente meccanismo ISTAT richiamato dalla DGR 818/2009. La quota sociale va esaminata separatamente, perché può dipendere dalle determinazioni della struttura e dalle regole territoriali di compartecipazione.

Inflazione 2026: la Regione Toscana, su dati ISTAT, ha registrato a giugno 2026 una variazione tendenziale NIC del +2,7% in Toscana. L'assenza di un adeguamento automatico della quota sanitaria rende quindi necessario misurare nel confronto nazionale lo scostamento tra tariffa nominale e costi effettivi.

CCNL: non è stato individuato un automatismo generale che trasferisca nella quota sanitaria ogni incremento derivante dai rinnovi dei CCNL applicati dai gestori. L'effetto va quindi verificato per singolo provvedimento e misurato come scostamento tra dinamica del costo del lavoro e dinamica tariffaria.

16.4 Fiscalità: IVA, IRAP, IRES e IMU

IRAP: Aliquota ordinaria regionale 3,90%. La l.r. Toscana 79/2013 riduce di 0,92 punti percentuali l'aliquota per le cooperative sociali: aliquota di riferimento 2,98%, ferma la verifica dei requisiti soggettivi e della base imponibile. La guida IRAP regionale conferma l'aliquota ordinaria del 3,90%.

IVA: Per le cooperative sociali, le prestazioni sociosanitarie rese nei casi previsti dalla normativa nazionale sono soggette al regime IVA agevolato del 5%. Nel confronto va tenuto distinto il valore nominale della quota sanitaria dal trattamento IVA concretamente applicato al rapporto contrattuale.

Applicazione territoriale dell'IVA. La ricerca ha rilevato una difformità applicativa all'interno della stessa Regione. La documentazione esaminata relativa alle aree pratese ed empolese evidenzia casi nei quali, per gestori assoggettati ad IVA quali le cooperative sociali, la quota nominale costituisce la base imponibile e l'IVA del 5% viene aggiunta al corrispettivo ("oltre IVA"). Diversamente, nella fattispecie relativa alla Piana di Lucca esaminata dal Consiglio di Stato, Sez. III, sentenza n. 1788/2026, la clausola contrattuale considerata dal giudice qualificava la tariffa come onnicomprensiva. Le evidenze disponibili non consentono di estendere automaticamente tali modalità a tutti i rapporti contrattuali delle rispettive aree, ma documentano l'esistenza di prassi differenti all'interno del territorio regionale. La differenza incide sulla remunerazione netta riconosciuta al gestore e costituisce pertanto un elemento rilevante nel confronto economico tra i diversi sistemi territoriali.

IRES: Non esiste una aliquota IRES regionale: la disciplina è nazionale. Le eventuali agevolazioni connesse alla natura cooperativa/sociale devono essere verificate sul piano soggettivo e fiscale nazionale, senza attribuirle impropriamente alla Regione Toscana.

IMU: Non esiste una aliquota IMU regionale per le RSA. Il tributo è comunale e dipende dal Comune, dalla proprietà dell'immobile e dai requisiti soggettivi/oggettivi dell'ente; deve quindi essere integrato mediante la ricerca comunale separata.

16.5 Demografia, domanda potenziale e offerta

ISTAT certifica 3.657.716 residenti in Toscana al 31 dicembre 2024. La struttura per età è più anziana della media nazionale: gli ultraottantacinquenni sono 176.884, pari al 4,8% della popolazione, e il 64,0% di essi è donna. L'età media è 48,2 anni e l'indice di vecchiaia raggiunge 242,5.

Nel 2026 la Regione ha stanziato ulteriori 10 milioni di euro per aumentare gli inserimenti in RSA e ridurre le liste d'attesa. Questo conferma l'esistenza di una pressione della domanda sul sistema, ma non viene trasformato in un tasso regionale di attesa o in un numero unico di persone in lista se non supportato da una fonte aggregata omogenea.

Per demenze, Alzheimer, MCI e Parkinson la scheda mantiene il criterio già adottato: utilizzare dati regionali epidemiologici omogenei e datati; in assenza di una stima regionale comparabile non vengono costruite stime autonome applicando percentuali nazionali alla popolazione toscana.

16.6 Investimenti, sicurezza sismica e barriere all'ingresso

La Toscana non presenta un fondo ordinario generalizzato che rimborsi al gestore privato il costo immobiliare di una nuova RSA. Esistono tuttavia misure settoriali: il PR FESR 2021-2027 ha

finanziato interventi di prevenzione sismica in RSA pubbliche e private, con un bando 2025 da circa 11,68 milioni di euro e graduatoria approvata nel dicembre 2025. Ciò riduce specifici costi di adeguamento, ma non equivale a un finanziamento strutturale del capitale immobiliare.

16.7 Fonti principali dell'aggiornamento settembre 2026

- Regione Toscana, Autorizzazione e accreditamento strutture del sistema sociale integrato, aggiornato 31.03.2026.
- Regione Toscana, DGR 244/2026 e atti di riferimento per l'accreditamento.
- Regione Toscana, DGR 1132/2023 e Allegati 1-3, quote capitarie sanitarie RSA.
- Regione Toscana, Servizi garantiti nel modulo base RSA.
- Regione Toscana, DGR 824/2024 e allegati: indirizzi per farmaci e dispositivi ai residenti in RSA/RSD/ADI.
- Regione Toscana, Guida all'IRAP; l.r. Toscana 79/2013.
- Regione Toscana, Statistiche flash prezzi al consumo, giugno 2026.
- Regione Toscana, interventi PR FESR 2021-2027 per prevenzione sismica nelle RSA.
- ISTAT, Censimento permanente della popolazione - Toscana 2024, pubblicato nel 2026.
- Regione Toscana, comunicazione 11.08.2026 su 10 milioni aggiuntivi per inserimenti RSA.

17. Audit Checklist Master RSA v.1.0 - Toscana

Legenda: V = verificato/trattato; N.D. = dato non disponibile o non reperito in forma regionale omogenea; N.A. = non applicabile come parametro regionale unico. La colonna "Rinvio" indica dove il tema è effettivamente sviluppato nella scheda.

Controlli elementari applicati: 126.

N.	Area	Controllo	Esito	Rinvio
1	A - Sistema regionale e normativa	Normativa fondamentale	V	§1
2	A - Sistema regionale e normativa	Atti attuativi vigenti	V	§1, §8, §16
3	A - Sistema regionale e normativa	Denominazione RSA/equivalenti	V	§3
4	A - Sistema regionale e normativa	Tipologie/livelli assistenziali	V	§3
5	A - Sistema regionale e normativa	Nuclei Alzheimer/demenze	V	§3
6	A - Sistema regionale e normativa	Post-acuzie/cure intermedie	V	§3
7	B - Struttura e dimensionamento	Capienza massima	V	§2
8	B - Struttura e dimensionamento	Dimensione nuclei/moduli	V	§2

N.	Area	Controllo	Esito	Rinvio
9	B - Struttura e dimensionamento	Requisiti dimensionali/funzionali	V	§4
10	B - Struttura e dimensionamento	Camere/bagni/spazi comuni	V	§4
11	B - Struttura e dimensionamento	Requisiti tecnologici/impiantistici	V	§4
12	B - Struttura e dimensionamento	Requisiti antisismici	V	§4, §16.6
13	B - Struttura e dimensionamento	Requisiti antincendio	V	§16.2
14	B - Struttura e dimensionamento	Vincoli strutturali per investimenti	V	§13, §16.6
15	C - Personale e assistenza	OSS/assistenza base - standard	V	§6-7
16	C - Personale e assistenza	Infermieri - standard	V	§6-7
17	C - Personale e assistenza	Fisioterapia - standard	V	§6-7
18	C - Personale e assistenza	Altre figure	V	§6-7
19	C - Personale e assistenza	Standard per intensità	V	§6-7
20	C - Personale e assistenza	Copertura H24/turnistica	V	§5-7
21	C - Personale e assistenza	Medico di struttura obbligatorio	V	§16.1
22	C - Personale e assistenza	Minutaggio/orario medico	V	§16.1
23	C - Personale e assistenza	Rapporto con MMG	V	§16.1
24	C - Personale e assistenza	Costo del medico	N.D.	§16.1
25	C - Personale e assistenza	Direttore/responsabile	V	§5, §8
26	C - Personale e assistenza	Direzione sanitaria	N.D.	§16.1
27	C - Personale e assistenza	PAI/VMD	V	§5, §12
28	D - Farmaci e prestazioni sanitarie	Fornitura/pagamento farmaci	V	§16.1

N.	Area	Controllo	Esito	Rinvio
29	D - Farmaci e prestazioni sanitarie	Stupefacenti/ documentazione	V	§16.1-16.2
30	D - Farmaci e prestazioni sanitarie	Ausili/protesi/ dispositivi	V	§4, §16.1
31	D - Farmaci e prestazioni sanitarie	Specialistica/ diagnostica	N.D.	§16.1
32	E - Accesso e rapporto con SSR	PUA	V	§12
33	E - Accesso e rapporto con SSR	UVM	V	§5, §12
34	E - Accesso e rapporto con SSR	Graduatorie/liste attesa	V	§12, §16.5
35	E - Accesso e rapporto con SSR	Libertà di scelta	V	§12
36	E - Accesso e rapporto con SSR	Autorizzazione	V	§8
37	E - Accesso e rapporto con SSR	Accreditamento	V	§8, §16.2
38	E - Accesso e rapporto con SSR	Contrattualizzazione	V	§8-9
39	E - Accesso e rapporto con SSR	Budget/tetti/posti contrattualizzati	N.D.	§9, §16.5
40	E - Accesso e rapporto con SSR	Vigilanza/audit	V	§8, §16.2
41	F - Tariffe e compartecipazione	Tariffe per livello	V	§10
42	F - Tariffe e compartecipazione	Quota sanitaria	V	§10
43	F - Tariffe e compartecipazione	Quota sociale	V	§10.1
44	F - Tariffe e compartecipazione	IVA in tariffa	V	§16.4
45	F - Tariffe e compartecipazione	Onere effettivo utente	V	§11, §10
46	F - Tariffe e compartecipazione	Integrazione Comune/SdS	V	§11
47	F - Tariffe e compartecipazione	ISEE	V	§11
48	F - Tariffe e compartecipazione	Servizi extra/supplementi	N.D.	§10.1
49	G - Indicizzazione e	Meccanismo	V	§16.3

N.	Area	Controllo	Esito	Rinvio
	dinamica tariffe	indicizzazione		
50	G - Indicizzazione e dinamica tariffe	Automatico/ provvedimento	V	§16.3
51	G - Indicizzazione e dinamica tariffe	Indice FOI/NIC/TIP	V	§16.3
52	G - Indicizzazione e dinamica tariffe	Periodicità	V	§16.3
53	G - Indicizzazione e dinamica tariffe	Sanitaria/sociale separate	V	§16.3
54	G - Indicizzazione e dinamica tariffe	Serie storica tariffe	V	§16.3
55	G - Indicizzazione e dinamica tariffe	Confronto inflazione ISTAT	V	§16.3
56	G - Indicizzazione e dinamica tariffe	Perdita/recupero reale	V	§16.3
57	H - Costo del lavoro e CCNL	CCNL considerati	N.D.	§16.3
58	H - Costo del lavoro e CCNL	Incidenza costo personale	N.D.	§9, §16.3
59	H - Costo del lavoro e CCNL	Incrementi rinnovi	V	§16.3
60	H - Costo del lavoro e CCNL	Riconoscimento in tariffa	V	§16.3
61	H - Costo del lavoro e CCNL	Scostamento CCNL/tariffa	V	§16.3
62	I - Fiscalità	IVA prestazioni RSA	V	§16.4
63	I - Fiscalità	IVA cooperative sociali 5%	V	§16.4
64	I - Fiscalità	Effetto IVA su remunerazione	V	§16.4
65	I - Fiscalità	IRAP ordinaria	V	§16.4
66	I - Fiscalità	IRAP cooperative sociali	V	§16.4
67	I - Fiscalità	Distinzione A/B se rilevante	N.A.	§16.4
68	I - Fiscalità	IRES	V	§16.4
69	I - Fiscalità	Altre agevolazioni regionali	N.D.	§16.4
70	L - Immobili e IMU	Regime IMU RSA	V	§16.4
71	L - Immobili e IMU	Agevolazioni coop/ETS	N.D.	§16.4

N.	Area	Controllo	Esito	Rinvio
72	L - Immobili e IMU	Confronto immobili commerciali	N.D.	§16.4
73	L - Immobili e IMU	Incidenza immobiliare	V	§13
74	M - Compliance	D.Lgs 81/DVR/RSPP	V	§16.2
75	M - Compliance	Antincendio	V	§16.2
76	M - Compliance	Privacy/GDPR	V	§16.2
77	M - Compliance	Cybersecurity	V	§16.2
78	M - Compliance	HACCP	V	§16.2
79	M - Compliance	Legionella	V	§16.2
80	M - Compliance	Rifiuti sanitari	V	§16.2
81	M - Compliance	Rischio clinico/assistenziale	V	§16.2
82	M - Compliance	Formazione obbligatoria	V	§16.2
83	M - Compliance	Assicurazioni	N.D.	§16.2
84	M - Compliance	D.Lgs 231/2001	V	§16.2
85	M - Compliance	Qualità/ miglioramento continuo	V	§8, §16.2
86	M - Compliance	ISO	V	§16.2
87	M - Compliance	Flussi obbligatori	V	§16.1-16.2
88	M - Compliance	RASA/figure equivalenti	N.A.	§16.2
89	M - Compliance	Audit interni/esterni	V	§16.2
90	M - Compliance	Costo compliance	V	§16.2
91	M - Compliance	Riconoscimento tariffario compliance	V	§16.2
92	N - Demografia e bisogno	Popolazione regionale	V	§16.5
93	N - Demografia e bisogno	65+	V	§10-11 aggiornamento
94	N - Demografia e bisogno	75+/80+/85+	V	§16.5
95	N - Demografia e bisogno	Genere/ invecchiamento	V	§16.5
96	N - Demografia e bisogno	Non autosufficienza	N.D.	§16.5

N.	Area	Controllo	Esito	Rinvio
97	N - Demografia e bisogno	Demenze	N.D.	§16.5
98	N - Demografia e bisogno	Alzheimer	N.D.	§16.5
99	N - Demografia e bisogno	MCI	N.D.	§16.5
100	N - Demografia e bisogno	Parkinson	N.D.	§16.5
101	O - Offerta residenziale	Numero strutture	N.D.	§16.5
102	O - Offerta residenziale	Posti autorizzati	N.D.	§16.5
103	O - Offerta residenziale	Posti accreditati/contrattualizzati	N.D.	§16.5
104	O - Offerta residenziale	Ospiti presenti	N.D.	§16.5
105	O - Offerta residenziale	Ospiti per sesso	N.D.	§16.5
106	O - Offerta residenziale	Posti per 1.000 anziani	N.D.	§16.5
107	O - Offerta residenziale	Tasso istituzionalizzazione	N.D.	§16.5
108	O - Offerta residenziale	Liste/tempi attesa	V	§16.5
109	O - Offerta residenziale	Rapporto domanda/offerta	V	§16.5
110	P - Economia del sistema	Costo pubblico residenzialità	V	§16.5
111	P - Economia del sistema	Costo effettivo personale	N.D.	§16.3
112	P - Economia del sistema	Costo/imputazione medico	N.D.	§16.1
113	P - Economia del sistema	Costo immobiliare	V	§13
114	P - Economia del sistema	Incidenza compliance	V	§16.2
115	P - Economia del sistema	Adeguatezza tariffa/costi	V	§16.3
116	P - Economia del sistema	Investimento nuova RSA	V	§13, §16.6

N.	Area	Controllo	Esito	Rinvio
117	P - Economia del sistema	Barriere ingresso	V	§9, §13, §16.6
118	Q - Lettura finale	Sostenibilità gestore	V	§14-16
119	Q - Lettura finale	Criticità organizzative	V	§14-16
120	Q - Lettura finale	Punti favorevoli sistema	V	§14-16
121	Q - Lettura finale	Costo famiglia	V	§11
122	Q - Lettura finale	Accessibilità economica	V	§11
123	Q - Lettura finale	Tempi accesso	V	§16.5
124	Q - Lettura finale	Libertà scelta	V	§12
125	Q - Lettura finale	Elementi distintivi	V	§14
126	Q - Lettura finale	Scheda sintetica standardizzata	V	§17

Esito del riallineamento. La Toscana risulta riallineata alla struttura Master. Le voci N.D. non sono omissioni: identificano dati che, alla data del controllo, non sono stati reperiti in una forma regionale unica e omogenea o richiedono una ricerca statistica dedicata. Tali voci resteranno aperte nella matrice nazionale e potranno essere completate senza modificare la struttura della scheda.