



XVIII Convegno

**I CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI
E LE DEMENZE E LA GESTIONE
INTEGRATA DELLA DEMENZA**

27-28 novembre 2025

 Aula Pocchiari, Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena 299, Roma

 **Osservatorio
Demenze**
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



Istituto Superiore di Sanità
Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la
Promozione della Salute – CNPPS
osservatorio.demenze@iss.it
www.demenze.it

X Sessione

LA PRESCRIZIONE SOCIALE E L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DEMENZA

La retta nelle RSA: implicazioni per la sostenibilità del sistema socio-sanitario

Sara Madrigali
*Settore Integrazione socio-sanitaria
Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale
Regione Toscana*



Regione Toscana

Case di riposo: «Nella Marca rette sempre più alte, mancano 3mila posti letto»

Giovedì 13 novembre, all'Hotel Maggior Consiglio di Treviso, la tavola rotonda di confronto tra i sindacati e i direttori di tre Rsa della provincia: Casa Fenzi, il Bon Bozzolla e Casa Marani. In aumento le richieste di accesso

Rsa, corsa a ostacoli: rette più care, liste d'attesa di un anno e rimborsi col contagocce

I prezzi si aggirano sui 3.000 euro mensili, metà dei quali a carico delle Asl. Spesso però i limiti di legge fanno ricadere tutta la spesa sulle famiglie



IL GAZZETTINO.it

SANITÀ E SICUREZZA SOCIALE • 1

Rsa: sono 1800 le tutta la Toscana

La risposta dell'assessore regionale a
Andrea Ulmi (Gruppo Misto-Merito e i

NORDEST

Rsa, sempre più costose e oltre 10mila richieste di posti letto: «Rette fino a 1500 euro in più, le pensioni non bastano»

L'analisi dei rincari nella Marca: serve uno stipendio in più all'anno per pagare le rette

Rsa, liste d'attesa infinite
domande

SEZIONI | CERCA

NORDEST > TREVISO

venerdì 14 novembre 2025 di Laura Paladini

CONTENUTO PER GLI ABBONATI PREMIUM

IL CASO

Anziani in Rsa, allarme liste d'attesa a Genova: "Budget limitati e rette alle stelle"

L'assessora comunale al Welfare, Lodi: "Ci sono oltre cento persone ancora senza una risposta". La strategia: potenziare i servizi di prossimità (domiciliari e diurni) per dare certezze rapide e diffuse

ALESSANDRO PALMESINO



Territori

/// IL FOCUS

Anziani nelle Rsa del Mantovano, la Cgil lancia l'allarme: «Pensioni inferiori alle rette minime»

Monitoraggio del sindacato pensionati Spi tra i suoi 24mila iscritti: 1.300 euro di media non bastano e il gap ricade su famiglie e Comuni

/// I GUAI DELLA SANITÀ

Emergenza Rsa nel Mantovano: rette alle stelle e 9mila in attesa

Roberto Bo

Indagine della Cisl Fnp nel territorio di Ats Val Padana. Il costo del ricovero varia da 1.900 a 2.500 euro al mese. 18 da due a

VITERBOTODAY

RESIDENZE SANITARIE

Caos rette nelle Rsa, la denuncia: "Famiglie costrette a vendere beni per richieste economiche non dovute"

Fabio Bafanelli, presidente dell'Aforsat: "Non deve essere applicato alcun aumento a carico dei familiari degli ospiti"



Oltre

CONTENUTO PER GLI ABBONATI PREMIUM

La disperazione delle famiglie: "Per assistere mia madre ho dovuto dare le dimissioni"

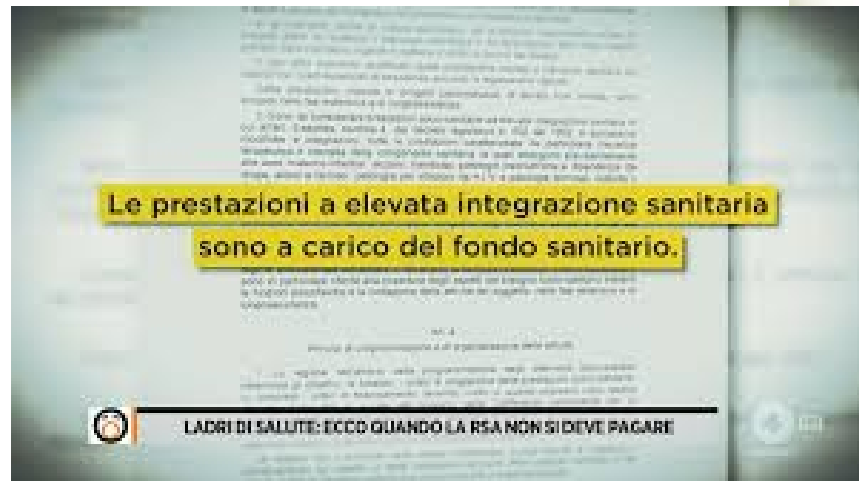
Aspettando un posto in Rsa si rincorrono le richieste di aiuto: aumentano le famiglie che non riescono a sostenere le spese per un inserimento in struttura



LADRI DI SALUTE: COSÌ LA TOSCANA “ABBANDONA” GLI ANZIANI



LADRI DI SALUTE: “MI HANNO PAGATO LA RETTA DELLA RSA, ECCO COME FARE”



LADRI DI SALUTE: ECCO QUANDO LA RSA NON SI DEVE PAGARE



Regione Toscana

Per quantificare:

Il costo medio giornaliero a carico delle famiglie è di circa 70 euro. Considerando che in Italia le persone ospitate nelle residenze sanitarie sono circa 300mila*, applicando il principio sostenuto dalla Cassazione lo Stato dovrebbe sostenere una spesa di circa **21 milioni di euro al giorno**, quasi **7,7 miliardi di euro all'anno**, pari a circa il **15% dell'intero fondo sanitario nazionale**.

** Indagine ISTAT Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie - Anno 2023*



Emendamenti S1241 DDL “Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria”

Marzo 2025

13.0.400

LA RELATRICE

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 13-bis

(Modifiche all'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730)

1. All'articolo 30, comma 1, della legge 27 dicembre 1983, n. 730, le parole "Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali" sono sostituite dalle seguenti "Sono a carico del fondo sanitario nazionale esclusivamente gli oneri delle attività di rilievo sanitario anche se connesse con quelle socio-assistenziali".

2. Le disposizioni di cui al primo comma si applicano anche agli eventuali procedimenti giurisdizionali in essere alla data di entrata in vigore della presente legge.».

13.0.400 (testo 2)

La Relatrice

Dopo l'articolo, aggiungere il seguente:

«Art. 13-bis

(Modifiche all'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730)

1. All'articolo 30, comma 1, della legge 27 dicembre 1983, n. 730, le parole: "Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali" sono sostituite dalle seguenti: "Sono a carico del fondo sanitario nazionale esclusivamente gli oneri delle attività di rilievo sanitario anche se connesse con quelle socio-assistenziali". Conseguentemente, nell'ambito della quota a carico del servizio sanitario nazionale per l'erogazione delle prestazioni di assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale, di cui all'articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, salva la ripartizione ivi contemplata elevabile al 70 per cento nei casi di alta complessità assistenziale, sono a carico del fondo sanitario nazionale esclusivamente gli oneri delle prestazioni di rilievo sanitario, secondo quanto rilevato nell'ambito della valutazione multidimensionale per la presa in carico dell'assistito, anche se connesse con quelle socio-assistenziali in termini di specifica efficacia terapeutica.

2. Le disposizioni di cui al primo comma si applicano anche agli eventuali procedimenti giurisdizionali in essere alla data di entrata in vigore della presente legge.».

**parere contrario da parte della Commissione
Bilancio ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione**



Regione Toscana

Ma cosa dice la normativa?

LEGGE 27 dicembre 1983, n. 730 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1984)

Art. 30

Per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio-assistenziale, gli enti locali e le regioni possono avvalersi, in tutto o in parte, delle unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento. **Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali.** Le unità sanitarie locali tengono separata contabilità per le funzioni di tipo socio-assistenziale ad esse delegate.

Esiste una definizione di RSA?

La definizione delle RSA data dal **DPR 14 gennaio 1997** *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle pp.aa. di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private* recita: "presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle regioni e province autonome": una definizione che delinea una **prestazione che è necessariamente diversa da quelle per le quali si stabilisce l'integrale pagamento a carico del SSN.**



DPCM 14.2.2001, “Atto di Indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie” e DPCM 29.11.2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”

Fanno riferimento – per l'individuazione delle tipologie di prestazioni ascrivibili all'area socio-sanitaria e il relativo finanziamento – all'**intensità assistenziale** di cui il singolo ospite necessita in base al proprio **Progetto personalizzato**, individuando tre livelli:

fase intensiva (impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita);

fase estensiva (minore intensità terapeutica, presa in carico comunque specifica, programma assistenziale di medio o prolungato periodo);

fase di lungoassistenza (finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi).

Lo stesso DPCM 14.2.2001, così come le tabelle di cui all'allegato 1 C del DPCM 29.11.2001, prevede che **i costi delle fasi intensiva e estensiva di anziani non autosufficienti con patologie cronico degenerative siano a totale carico del Ssn**, mentre quelli della **lungoassistenza siano ripartiti al 50% tra SSN e utente/Comune**.



DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”

Per garantire l'applicazione di principi comuni in tutte le regioni, il DPCM 12/1/2017 ha stabilito la definizione e l'articolazione dell'assistenza residenziale in sottocategorie, delineandone i contenuti e le regole di riparto dei costi tra sanità e settore sociale (a carico dei comuni, con la compartecipazione dell'utenza determinata in base all'Isee). Nel rispetto di questi principi cornice, alle regioni è demandata l'organizzazione del servizio.

Il recente Dlgs 29/2024 “Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33”, ha confermato per l'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti le regole di compartecipazione dell'art. 30 del DPCM 12/1/2017, prevedendo l'invarianza dei relativi finanziamenti.



Nel dettaglio:

L'attuale assetto normativo distingue due diversi tipi di assistenza residenziale per gli anziani non autosufficienti:

1. i **trattamenti estensivi** che hanno l'obiettivo di assicurare cura e recupero funzionale per gestire esigenze temporanee (di norma non superiori a 60 gg) da erogare in strutture/moduli standard con adeguata intensità sanitaria (richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore);
2. i **trattamenti che hanno l'obiettivo di assicurare lungoassistenza**, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti.

La distinzione tra questi trattamenti è sostanziale: gli inserimenti **temporanei estensivi sono totalmente a carico del SSN**, mentre per quelli di **lungoassistenza il SSN copre il 50% dei costi**, con la restante quota a carico dell'utente, salvo l'intervento del comune.



Vale la pena in ogni caso ricordare che oggi i presidi residenziali per anziani che operano per conto del SSN erogano senz'altro **prestazioni sanitarie** ma, rispetto al complesso degli obiettivi assistenziali, l'assistenza sanitaria non è, di fatto, la componente che prevale in assoluto;

lo dimostrano alcune recenti evidenze sul mix professionale delle strutture, da cui risulta che sono soprattutto le figure socio-assistenziali a dominare: dai risultati della più recente indagine Istat sui presidi residenziali, risulta che le figure di tipo sanitario rappresentano meno del 25% del personale retribuito addetto all'ospite nelle strutture residenziali.



Chi sono i residenti in RSA?



67°

CONGRESSO NAZIONALE

SIGG

LA LONGEVITÀ DECLINATA AL FEMMINILE



Frail

	FRAIL (n=467)		
	Females (n=348)	Males (n=119)	p-value
Age, years±SD	86.2±7.1	80.2±8.8	<0.0001
Age classes, n (%)			<0.0001
60-79 years	53 (15.2)	52 (43.7)	
80-84 years	74 (21.3)	18 (15.1)	
85-89 years	104 (29.9)	31 (26.1)	
90+ years	117 (33.6)	18 (15.1)	
Hypertension, n (%)	223 (66.4)	83 (71.6)	0.3034
Cardiomyopathy, n (%)	131 (40.1)	53 (45.3)	0.3236
Atrial fibrillation, n (%)	50 (20.4)	17 (19.3)	0.8268
Peripheral arterial disease, n (%)	65 (19.8)	39 (33.9)	0.0021
Cardiac failure, n (%)	58 (17.4)	17 (14.8)	0.5219
Stroke, n (%)	49 (14.9)	28 (24.4)	0.0220
Diabetes, n (%)	79 (23.8)	25 (21.4)	0.5925
Depression, n (%)	158 (46.7)	42 (36.5)	0.0534
Osteoarthritis, n (%)	218 (64.5)	60 (53.1)	0.0310
Chronic obstructive pulmonary disease, n (%)	66 (20.3)	26 (22.8)	0.5727
Chronic renal failure, n (%)	51 (15.6)	25 (21.6)	0.1438
Chronic liver disease, n (%)	21 (6.5)	12 (10.4)	0.1644
Obesity, n (%)	31 (9.5)	6 (5.2)	0.1535
Poor nutritional status, n (%)	94 (28.0)	34 (28.8)	0.8619
Dementia, n (%)	255 (76.6)	75 (64.7)	0.0122
Cancer, n (%)	36 (11.3)	12 (10.7)	0.8766
Immune system disorder, n (%)	6 (1.9)	5 (4.4)	0.1659
Inflammatory bowel disease, n (%)	15 (4.7)	7 (6.1)	0.5579

	FRAIL (n=467)		
	Females (n=348)	Males (n=119)	
Number of comorbidities, n±SD	5.1±2.3	5.3±2.2	0.0234
Number of drugs/day, n±SD	5.9±3.3	6.2±3.2	0.1760
Mobility, n (%)			0.0101
Independent/walk with aids	78 (22.5)	43 (36.8)	
Moves with wheelchair	192 (55.5)	52 (44.4)	
Bedridden	76 (22.0)	22 (18.8)	



GEROVAX STUDY



Criticità del sistema

Diverso approccio da parte dei Ministeri competenti rispetto all'istituzionalizzazione di anziani non autosufficienti:

Ministero della Salute - Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni

D33Za	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	$y = 2,439 * x$, $x \in [0-41]$ $y = 100$, $x \in [41-1000]$ Soglia: (24,6 ; 60) Soglia di significatività: 0,1 Verso: CRESCENTE	Con riferimento all'Adempimento C.8 " <i>Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza residenziale e semiresidenziale</i> ", i dati sono considerati validi se la copertura e la qualità ottengono una valutazione " <i>buona/adempiente</i> ". Altrimenti il punteggio dell'Indicatore sarà pari a 0.	1
-------	---	--	---	---

Ministero del Lavoro e Politiche Sociali – Piano Non Autosufficienza 2022-2024

Queste misure sono accompagnate da un rilevante investimento infrastrutturale, finalizzato alla **prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali innovative**, all'interno, appunto, di una **politica rivolta alla domiciliarità**. La **prevenzione della istituzionalizzazione** è, infatti, una misura faro delle politiche di Governo e si rivolge ai soggetti fragili, tra cui persone con disabilità e anziani.

I principi su cui si basa l'intervento legislativo sono il rafforzamento strutturale e organizzativo degli Ambiti sociali territoriali (ATS), nonché la definizione di un progetto individualizzato che determini e finanzi i sostegni necessari in maniera integrata, **favorendo la permanenza al domicilio delle persone anziane, nell'ottica della deistituzionalizzazione**.



Criticità del sistema

Oggi a livello nazionale **non ci sono finanziamenti dedicati** (es. il FNNA non può essere utilizzato per la residenzialità) e anche il recente decreto anziani (art. 22 Dlgs 29/2024) nell'elencare i LEPS per le persone non autosufficienti **non ha incluso l'assistenza residenziale tra le aree in cui saranno costruite garanzie comuni a livello nazionale di tipo sociale.**

Alla mancanza di chiarezza e di organicità della normativa nazionale si aggiunge l'eterogeneità con cui le regioni hanno interpretato il concetto di residenzialità per anziani, definendo modelli di servizio profondamente diversi.



Criticità del sistema

Marcata disomogeneità a livello nazionale (5° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care (Oltc) di Cergas SDA Bocconi 2023)

Tabella 1 - Modelli di tariffazione per la residenzialità socio-sanitaria per anziani

Regioni	Tariffa sanitaria (€)	Compartecipazione (€)
Emilia- Romagna	28,45 - 44,05	50.05
Friuli-Venezia Giulia	28,00 - 30,00	Non definita dalla regione
Lazio	49,20 - 59,20	Da 49,20 a 59,20
Liguria	29,14* - 57,88*	42
Lombardia	30,8 - 52,1	Non definita dalla regione
Marche	33.51	Non definita dalla regione
Piemonte	36,25 - 52,90	Da 35,78 a 52,22
Puglia	50.17	50.17
Sardegna	58 - 72	Da 58 a 72
Toscana	44,42 - 53,32	La regione definisce le voci imputabili al calcolo della compartecipazione
PA Trento	87,78 (<40PL) 76,63 (>61PL) + 39,12**	48.08
Veneto	49 - 56***	La regione indica l'indirizzo del 50% della tariffa complessiva

* All'interno dei nuclei di Residenza Protetta la tariffa varia da € 29,14 (punteggio AGED 10-16) a € 46,93 (punteggio AGED 16+), mentre all'interno della Rsa di mantenimento la tariffa varia da € 46,93 (AGED 16+) a € 57,88 (utenti con gravi patologie involutive). ** La provincia autonoma di Trento definisce una tariffa sanitaria per l'Rsa base a seconda del numero di posti letto presenti in struttura: strutture più piccole (>40 PL) hanno una tariffa superiore rispetto a strutture più grandi. Il valore corrisposto per l'Rsa base viene incrementato di € 39,12 nel nucleo sanitario. *** A seguito della Dgr 996/2022 è prevista la riformulazione di un'unica tariffa pari a € 52,00.



Tabella 2 - L'orientamento dei servizi residenziali in 12 regioni

	Orientamento del posizionamento strategico: Sanitario	Orientamento del posizionamento strategico: Ibrido	Orientamento del posizionamento strategico: Socio-sanitario
Regioni considerate	Lazio e Sardegna	Friuli-Venezia-Giulia, Liguria, Marche, Puglia e PA Trento	Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Toscana e Veneto
Servizi forniti	Cure intermedie, riabilitazione estensiva, lungo-degenza	Riabilitazione estensiva, lungo-degenza, socio-assistenziale	Socio-assistenziale, riabilitazione
Profilo di utenza	Utenti non necessariamente anziani con rilevanti bisogni sanitari, riabilitativi e socio-sanitari	Utenti anziani con rilevanti bisogni socio-sanitari, riabilitativi e di mantenimento funzionale	Utenti anziani con bisogni socio-sanitari, di mantenimento funzionale ed eventualmente riabilitativi
Tariffa	100% SSR o compartecipazione utente al 50%	100% SSR o compartecipazione utente al 50%	Compartecipazione utente al 50% o maggiore



Criticità del sistema

Comportamenti di studi legali e associazioni dei consumatori che prospettano azioni gratuite di recupero dei costi di ricovero nelle strutture sociosanitarie.

Alcune recenti **decisioni giudiziarie**, partendo dal presupposto che l'ospite in RSA, in particolare se affetto da Alzheimer, riceve prestazioni sanitarie non scindibili da quelle socio-assistenziali e alberghiere, hanno imposto al Servizio Sanitario Nazionale la copertura totale dei costi relativi alla retta, ricevendo notevole attenzione mediatica.

Le suddette pronunce, pur producendo effetti concreti solo per i soggetti ricorrenti, hanno indirettamente scatenato una serie di rivendicazioni e conseguenze sull'intero il sistema. Si è creato quindi un clima di incertezza giuridica e un incremento del contenzioso a livello nazionale: sempre più assistiti, sulla base di tali sentenze, stanno sospendendo il pagamento delle partecipazioni dovute alle RSA, con conseguenti ripercussioni sull'equilibrio economico-finanziario delle strutture.



“Soluzione” tampone: Legge di Bilancio 2026

TITOLO V - MISURE IN MATERIA DI SANITÀ E DI LOTTA ALLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

ART. 63. (Rifinanziamento del Servizio sanitario nazionale)

1. Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 2.400 milioni di euro per l'anno 2026 e 2.650 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027, anche per le finalità di cui agli articoli da 64 a 84.
2. Una quota dell'importo di cui al comma 1, pari a **100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026**, è destinata al finanziamento delle spese per **Alzheimer e altre patologie di demenza senile**.

MA

Nella Relazione tecnica è specificato che i 100 milioni saranno «destinati alle regioni, al fine di tenere conto delle conseguenze in termini finanziari derivanti da alcuni arresti giurisprudenziali della Corte di Cassazione».



Prospettive

- E' necessario un **chiaro ed urgente intervento normativo** per evitare l'insostenibilità del Servizio sanitario nazionale.
- L'intervento realmente risolutivo dovrebbe essere attuato dal livello nazionale sui LEA, ridefinendone i contenuti in modo univoco e inequivocabile: serve stabilire **quando e a quali condizioni la presa in carico in RSA debba essere integralmente a carico del SSN**, evitando margini interpretativi che possano generare, sulla base di valutazioni a posteriori, caso per caso, possibili divergenze tra l'orientamento giurisprudenziale e il funzionamento concreto del sistema sociosanitario.
- E se ci fosse la volontà del legislatore di estendere il concorso del SSN all'assistenza residenziale agli anziani rispetto alle attuali previsioni/applicazioni dei LEA, questa modifica dovrebbe essere accompagnata da opportuni finanziamenti del FSN, onde evitare il collasso dei Sistemi Sanitari Regionali.
- Riconoscere che le RSA svolgono una funzione non esclusivamente sanitaria avendo anche obiettivi di sorveglianza, igiene, animazione e socializzazione non sminuisce l'importanza di questo servizio, ma piuttosto pone in evidenza la necessità di **sostenere adeguatamente, anche attraverso appositi finanziamenti**, la componente socio-assistenziale dell'assistenza.





GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Sara Madrigali
tel. 055 4385321

sara.madrigali@regione.toscana.it



Regione Toscana