

RSA, Retta e Livelli Essenziali

Dove finisce la cura e dove inizia la compartecipazione

Un'analisi giuridica e operativa per decisori politici, dirigenti di strutture RSA e professionisti del settore socio-sanitario. Comprendere la composizione della retta è il primo passo per governarla in modo equo ed efficace.

Agenda

01

La retta RSA come nodo critico

Introduzione al problema e perché la distinzione tra componenti conta

02

Anatomia della retta

Componenti sanitarie, sociosanitarie e sociali

03

Cura continuativa e copertura integrale

Quando il sistema pubblico deve farsi carico dell'intero percorso

04

Compartecipazione giuridicamente sostenibile

Condizioni e limiti della quota a carico dell'utente

05

Valutazione multidimensionale e progetto individuale

La ripartizione dei costi come esito di un processo valutativo

06

Liste d'attesa, accomodamento ragionevole e tutela dei diritti

Le implicazioni dell'accesso differito alle strutture convenzionate

07

Conclusioni operative

Indicazioni per Regioni, Comuni, gestori e professionisti

La Retta RSA come Nodo Critico del Sistema

Il problema

Nel dibattito sulla non autosufficienza, la retta delle strutture residenziali per anziani è spesso rappresentata come un costo monolitico, in larga parte scaricato sulle famiglie. Questa percezione, per quanto comprensibile, oscura la complessità giuridica e organizzativa sottostante.

La realtà giuridica

Dal punto di vista giuridico e organizzativo, la retta è un aggregato eterogeneo di prestazioni: alcune appartengono al nucleo dei livelli essenziali di assistenza (LEA), altre hanno natura sociale o alberghiera. La distinzione non è un mero esercizio contabile, ma incide direttamente sulla definizione di ciò che, in un sistema universalistico, deve essere garantito a carico della collettività.

Ciò che può legittimamente essere oggetto di compartecipazione economica è dunque circoscritto da precisi confini normativi che il presente contributo intende esplorare con rigore.

L'Obiettivo di Questo Contributo

Questo contributo intende offrire a decisori, gestori e professionisti uno schema di lettura per distinguere tra la componente sanitaria, sociosanitaria e sociale della retta in RSA, chiarendo in quali casi la permanenza in struttura assume i connotati di una cura continuativa — con conseguente integrale copertura pubblica — e in quali casi è giuridicamente sostenibile richiedere una quota all'utente e al suo nucleo familiare.

Per i Decisori Politici

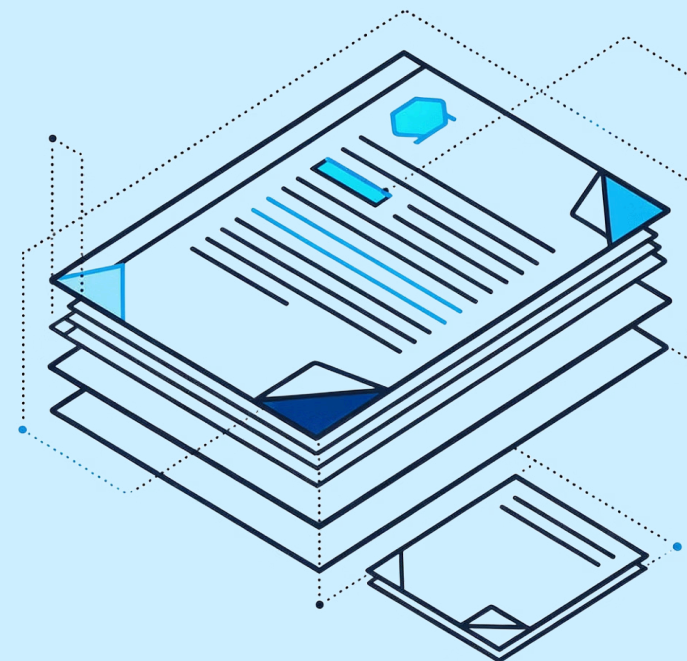
Strumenti per programmare in modo coerente con i LEA e i LEPS

Per i Gestori RSA

Criteri per rendere trasparente la composizione della retta

Per i Professionisti

Riferimenti normativi per la tutela dei diritti degli utenti



Anatomia della Retta: Tre Componenti Distinte

Dietro la parola "retta" convivono almeno tre livelli di prestazioni, che il sistema tende frequentemente a confondere, con conseguenze significative sia sul piano giuridico che su quello finanziario. Scomporle concettualmente è un passaggio indispensabile per governare la retta in modo coerente con i livelli essenziali di assistenza.



La Componente Sanitaria

La componente sanitaria include tutto ciò che attiene direttamente alla diagnosi, alla terapia e alla riabilitazione: visite mediche, assistenza infermieristica, farmaci, presidi sanitari, interventi riabilitativi erogati in base a protocolli e linee guida cliniche validate.

Criteria di inclusione nei LEA

Queste prestazioni, quando rispondono ai criteri di **evidenza scientifica**, **appropriatezza ed economicità**, rientrano a pieno titolo tra quelle che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire ai sensi del D.Lgs. 502/1992 e del DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA.

Gratuità per il paziente

Le prestazioni sanitarie erogate in regime di accreditamento non possono essere trasferite, nemmeno parzialmente, a carico dell'utente attraverso meccanismi tariffari informali o clausole contrattuali. La copertura pubblica è piena e non comprimibile.

Responsabilità del SSN

La responsabilità del finanziamento ricade interamente sull'azienda sanitaria competente per territorio, attraverso le risorse destinate all'assistenza residenziale e le tariffe definite nei contratti di accreditamento regionali.

La Componente Sociosanitaria

La componente sociosanitaria comprende l'assistenza alla persona, il supporto nelle attività della vita quotidiana (ADL), la sorveglianza continuativa, gli interventi educativi e riabilitativi di lungo periodo che rendono concretamente praticabile il programma terapeutico.



Assistenza alla Persona

Supporto nelle attività quotidiane essenziali: igiene personale, mobilizzazione, alimentazione, vestizione. Attività che non possono essere disgiunte dal programma sanitario.



Sorveglianza Continuativa

Monitoraggio permanente delle condizioni cliniche, prevenzione delle complicanze, intervento tempestivo in caso di deterioramento. Attività di rilievo sanitario a tutti gli effetti.



Interventi Riabilitativi Estesi

Programmi di mantenimento funzionale e riabilitazione di lungo periodo, fondamentali nelle patologie cronicodegenerative per limitare il declino e preservare la qualità della vita.

i Nelle patologie cronicodegenerative e nella non autosufficienza grave, le prestazioni sociosanitarie hanno natura di **prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario**: non possono essere eseguite se non congiuntamente all'attività sanitaria e sono ad essa legate da un nesso di strumentalità necessaria.

La Componente Sociale e Alberghiera

Cosa comprende

La componente sociale o alberghiera riguarda vitto, alloggio, pulizie degli ambienti, servizio di lavanderia, gestione degli spazi comuni, servizi generali non direttamente connessi alla cura. Si tratta di prestazioni che, per natura, accomunano la RSA a qualsiasi struttura residenziale e che non hanno un contenuto clinico o terapeutico proprio.

Chi può essere chiamato a contribuire

È su questa componente che, in linea di principio, si gioca lo spazio legittimo per la **partecipazione economica dell'utente, del nucleo familiare e dei Comuni**. La quota sociale è quella che i Comuni possono integrare in caso di insufficienza economica dell'ospite, nel rispetto dei principi di equità e universalismo dell'assistenza sociale.

Il rischio di confusione

Il confine tra componente sociosanitaria e componente alberghiera è spesso sfumato nella pratica. Sotto l'etichetta di "quota alberghiera" vengono talvolta imputati costi relativi a prestazioni che, per natura e intensità, sono parte integrante del programma terapeutico. Questo trasferimento occulto di oneri sanitari sulla famiglia rappresenta una distorsione giuridicamente contestabile.

Perché Scomporre la Retta è Indispensabile

Scomporre concettualmente la retta in queste tre componenti non è un esercizio teorico fine a se stesso. È un passaggio operativo indispensabile per poter governare la retta in modo coerente con i livelli essenziali di assistenza e, progressivamente, con i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) introdotti dalla Legge Delega 22 dicembre 2021, n. 227.

→ **Trasparenza verso le famiglie**

Le famiglie hanno il diritto di sapere per cosa pagano. Una retta opaca, che non distingue tra quota sanitaria, sociosanitaria e alberghiera, impedisce qualsiasi verifica sulla legittimità della richiesta economica.

→ **Tutela giuridica dell'utente**

Qualificare correttamente la natura di ciascuna prestazione consente di individuare il soggetto tenuto a finanziarla e, in caso di inadempienza, di attivare le tutele previste dall'ordinamento.

→ **Coerenza con i LEA**

Il sistema di finanziamento deve essere coerente con il DPCM 12 gennaio 2017, che definisce i livelli essenziali nelle aree della prevenzione, dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza distrettuale residenziale.

→ **Programmazione pubblica efficace**

I decisori regionali e comunali possono allocare risorse in modo più efficiente se dispongono di una mappa chiara delle responsabilità finanziarie per ciascuna tipologia di prestazione.

RSA come Cura Continuativa: Quando la Copertura Deve Essere Integrale

Vi sono situazioni in cui la permanenza in RSA non è una scelta tra alternative equivalenti, ma l'**unico setting in grado di garantire la tutela effettiva del diritto alla salute**. In questi casi, il quadro normativo e giurisprudenziale impone una copertura pubblica integrale, senza possibilità di parcellizzare la retta in componenti da attribuire al privato.



I Profili Clinici che Richiedono Copertura Integrale



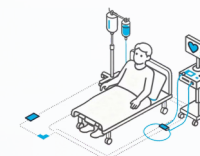
Demenze in Fase Avanzata

Le forme avanzate di malattia di Alzheimer e delle altre demenze neurodegenerative comportano una totale dipendenza assistenziale, con necessità di sorveglianza continua, gestione dei disturbi comportamentali e prevenzione delle complicanze. L'RSA è l'unico setting clinicamente appropriato.



Esiti Gravi di Patologie Neurologiche

Gli esiti invalidanti di ictus, traumi cranioencefalici, sclerosi multipla avanzata e malattie del motoneurone richiedono un'assistenza pluriprofessionale intensiva che non può essere replicata nel setting domiciliare senza una rete familiare strutturata.



Pluripatologie Complesse in Soggetti Anziani

La coesistenza di più patologie croniche — insufficienza cardiaca, broncopneumopatia, diabete, insufficienza renale — in soggetti molto anziani con ridotta autonomia funzionale configura un bisogno assistenziale globale e continuativo che trascende il mero supporto alberghiero.

Il Principio dell'Inscindibilità delle Prestazioni

Le prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario risultano, in concreto, necessarie per assicurare al singolo paziente la tutela del diritto alla salute e alle cure. Si tratta di prestazioni di natura sanitaria che non possono essere erogate se non congiuntamente all'attività socio-assistenziale, prevalendo comunque la natura sanitaria del servizio, in quanto le altre prestazioni sono avvinte alle prime da un nesso di strumentalità necessaria.

Nesso di strumentalità necessaria

Quando l'assistenza alla persona è direttamente funzionale all'esecuzione del programma terapeutico — somministrazione delle terapie, prevenzione delle piaghe da decubito, gestione della nutrizione artificiale — essa non può essere separata dalla componente sanitaria ai fini del riparto dei costi.

Unitarietà del programma terapeutico

Se il programma terapeutico è unitario e le prestazioni sono inscindibili, l'intervento sanitario-socioassistenziale è interamente assorbito nelle prestazioni erogate dal sistema pubblico. Non è corretto utilizzare la mera "prevalenza" della componente sanitaria come criterio per ritagliare una quota alberghiero-assistenziale a carico dell'utente.

Divieto di parcellizzazione

Quando vengono in rilievo prestazioni sanitarie connesse in maniera inscindibile con quelle socio-sanitarie, nessun contributo può essere posto a carico del paziente, in via contrattuale, per tali prestazioni. La parcellizzazione a soli fini di fatturazione è giuridicamente contestabile.

La Riforma della Disabilità e il Sostegno Intensivo

La recente riforma della disabilità (D.Lgs. 3 maggio 2024, n. 62, attuativo della Legge 22 dicembre 2021, n. 227) rafforza significativamente questa lettura, introducendo la categoria del **sostegno intensivo** e ridefinendo le priorità del sistema pubblico.

Definizione di Sostegno Intensivo

Si considera tale la situazione in cui la compromissione ha ridotto l'autonomia personale in modo da rendere necessario un **intervento assistenziale permanente, continuativo e globale**, che determina priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

Implicazioni per le RSA

Molti ospiti di RSA con non autosufficienza grave rientrano di fatto in questa tipologia. La permanenza in struttura assume così i connotati di una cura continuativa che non può essere parcellizzata in "pezzi" sanitari e sociali ai soli fini della fatturazione.

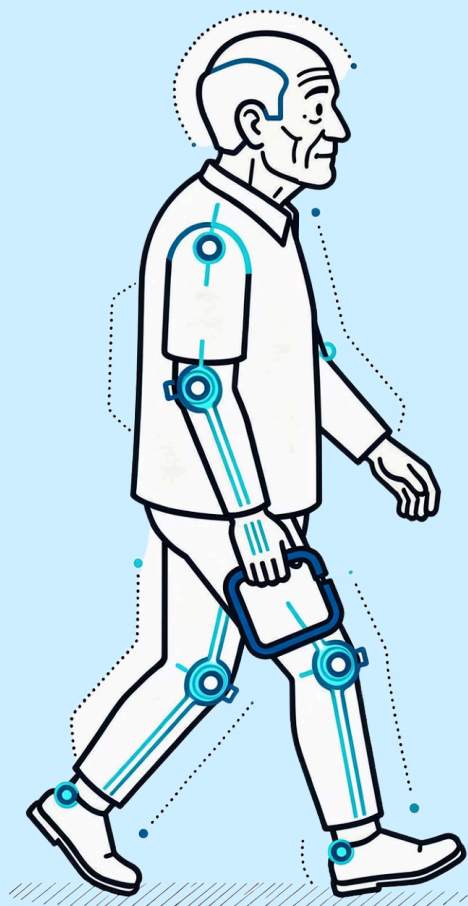
Priorità nei Servizi Pubblici

Il riconoscimento del sostegno intensivo impone una priorità nell'accesso ai servizi pubblici e nella programmazione degli interventi. Le Regioni e le aziende sanitarie devono tenerne conto nella definizione dei contratti di accreditamento.

Implicazioni di Finanziamento: Il Pacchetto Essenziale

In termini di finanziamento, il principio dell'inscindibilità implica che l'intero pacchetto di prestazioni che rende possibile quella vita quotidiana in sicurezza — assistenza alla persona, sorveglianza, gestione delle terapie, prevenzione delle complicanze — rientra nell'area delle **prestazioni sociosanitarie essenziali** e deve gravare sul Servizio Sanitario Nazionale, non sulla famiglia.



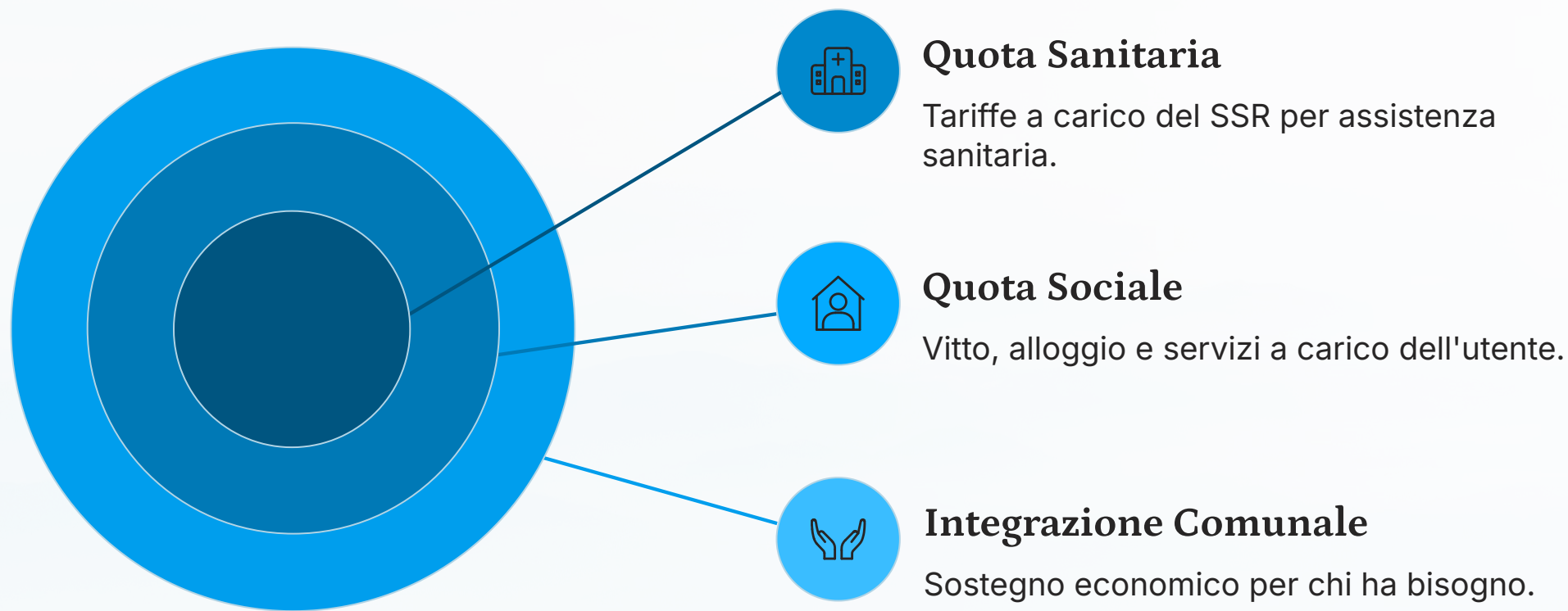


CAPITOLO 3

Quando la Compartecipazione è Giuridicamente Sostenibile

Non tutte le permanenze in RSA presentano lo stesso livello di complessità clinica e assistenziale. Esistono situazioni in cui la componente sanitaria è relativamente standardizzata, il bisogno di sorveglianza continua è meno marcato e l'ingresso in struttura risponde in parte anche a esigenze abitative, di sicurezza o di sollievo familiare. In questi contesti, la distinzione tra quota pubblica e quota privata trova un fondamento giuridico più solido.

Il Modello di Ripartizione dei Costi



La distinzione tra queste tre fonti di finanziamento costituisce l'architettura fondamentale del sistema. La sua corretta applicazione dipende dall'intensità assistenziale del singolo ospite e dal contenuto effettivo del suo piano di assistenza personalizzato.

Le Condizioni di Legittimità della Compartecipazione

La compartecipazione economica dell'utente è giuridicamente sostenibile soltanto in presenza di precise condizioni cumulative, la cui mancanza anche parziale inficia la legittimità dell'intera struttura tariffaria.

1

Copertura Effettiva della Componente Sanitaria

La componente sanitaria e sociosanitaria deve essere **effettivamente coperta** dal sistema sanitario, in coerenza con i livelli essenziali e con i criteri di appropriatezza ed economicità. Non è ammissibile scaricare sull'utente costi che il SSN dovrebbe sostenere.

2

Trasparenza nella Definizione della Quota

La quota sociale/alberghiera deve essere definita in modo **trasparente**, con una chiara indicazione di ciò che è incluso, dei criteri di calcolo adottati e del metodo con cui è stata separata dalla componente sanitaria.

3

Meccanismi di Intervento Comunale

Devono essere previsti meccanismi strutturali di **intervento comunale** per i soggetti che non dispongono di risorse sufficienti, in attuazione del diritto all'assistenza sociale e del principio di priorità per i casi di sostegno intensivo.

Il Confine di Legittimità: La "Sanitarizzazione Occulta"

Quando il confine viene superato

Il confine di legittimità viene superato quando, sotto l'etichetta di "quota alberghiera", si finiscono per imputare costi relativi a prestazioni che, per natura e intensità, sono parte integrante del programma terapeutico e quindi dovrebbero essere a carico del sistema sanitario.

Esempi concreti di questo fenomeno includono: il costo del personale OSS impiegato nella somministrazione delle terapie, i presidi per l'incontinenza inseriti nella quota alberghiera, le attività di fisioterapia di mantenimento riclassificate come "servizi complementari".

La "sanitarizzazione occulta"

Si configura così una forma di **"sanitarizzazione occulta" della retta**: un trasferimento surrettizio di oneri sanitari dalla finanza pubblica alla sfera privata, con il rischio di violare i LEA e di esporre le aziende sanitarie e i gestori a pretese di rimborso da parte delle famiglie.

Il quadro normativo e giurisprudenziale attribuisce tali oneri alla finanza pubblica. Ignorarlo non elimina la responsabilità giuridica, ma la rinvia nel tempo.

Prestazioni che non Possono Rientrare nella Quota Alberghiera



Somministrazione Terapie

Il costo del personale infermieristico e OSS impiegato nella somministrazione di terapie farmacologiche è di natura sanitaria, indipendentemente dall'etichetta contabile utilizzata nella fatturazione.



Presidi e Ausili Clinici

Pannoloni, cateteri, protesi e altri presidi necessari per la gestione delle patologie non possono essere imputati alla quota alberghiera se la loro necessità discende dal programma terapeutico.



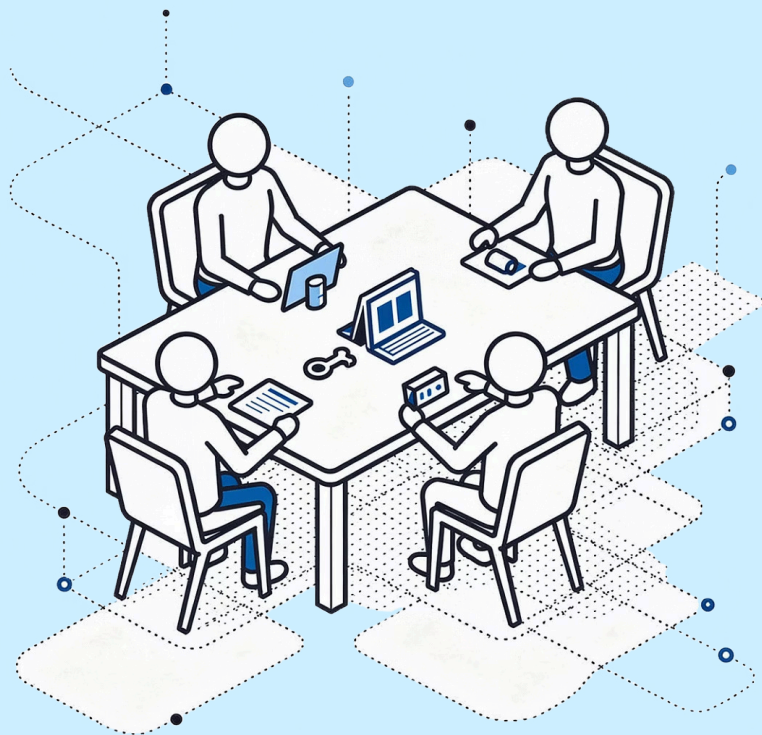
Fisioterapia di Mantenimento

Le attività di fisioterapia e riabilitazione di mantenimento nelle patologie cronic-degenerative hanno natura sanitaria e rientrano nei LEA dell'assistenza residenziale, non nei servizi complementari.



Sorveglianza Notturna Clinica

Nei soggetti con disturbi comportamentali, rischio di cadute o necessità di monitoraggio delle funzioni vitali, la sorveglianza notturna ha natura sanitaria e non può essere fatturata come servizio alberghiero aggiuntivo.



CAPITOLO 4

Valutazione Multidimensionale e Progetto Individuale

La linea di confine tra copertura integrale e compartecipazione non può essere tracciata soltanto sulla base di tipologie di struttura o di protocolli tariffari generali. Essa dovrebbe essere l'esito di un **processo valutativo individualizzato**, fondato su due strumenti chiave: la valutazione multidimensionale e il progetto individuale.

- ❗ La ripartizione dei costi non è una decisione contabile: è una decisione clinica e sociale che deve essere fondata su una valutazione documentata del bisogno effettivo della persona.

La Valutazione Multidimensionale: Struttura e Funzione

Condizione Clinica

Diagnosi, comorbidità, stabilità delle patologie, rischio di complicanze, terapie in corso e loro complessità gestionale

Risorse Economiche

ISEE del nucleo familiare, disponibilità patrimoniale, accesso a prestazioni previdenziali e assistenziali (indennità di accompagnamento, ecc.)



Autonomia Funzionale

Capacità nelle ADL (Activities of Daily Living) e nelle IADL (Instrumental ADL), misurata con strumenti validati (Barthel Index, MMSE, ecc.)

Contesto Socio-Ambientale

Caratteristiche dell'abitazione, accessibilità, presenza di barriere architettoniche, rete di supporto informale disponibile

Rete Familiare

Disponibilità, capacità e carico dei caregiver familiari, rischio di burn-out, possibilità di integrare l'assistenza formale con quella informale

Valutazione Multidimensionale e Riforma della Disabilità

La classificazione del bisogno

Nella prospettiva della riforma della disabilità (D.Lgs. 62/2024), la valutazione multidimensionale consente di classificare il bisogno in termini di **sostegno** o **sostegno intensivo**, con implicazioni dirette sulla priorità degli interventi e sulla loro intensità.

Questa classificazione non è un dato formale: ha conseguenze dirette sulla responsabilità finanziaria del sistema pubblico e sulla legittimità di qualsiasi richiesta di compartecipazione.

Gli strumenti della valutazione

La nuova normativa prevede la costituzione di **Unità di Valutazione della Disabilità (UVD)** con composizione multidisciplinare, incaricate di produrre una valutazione di base e un profilo di funzionamento secondo la classificazione ICF (International Classification of Functioning).

Il profilo di funzionamento diventa il documento-cardine su cui costruire il progetto di vita e il piano di supporto individuale, determinando le risorse pubbliche da attivare e, di riflesso, definendo lo spazio residuale per la compartecipazione privata.

Il Progetto Individuale: Da Valutazione a Piano Operativo

Il progetto individuale — o piano di assistenza personalizzato (PAP) — traduce i risultati della valutazione multidimensionale in un piano operativo e vincolante. La sua corretta redazione è il presupposto per una ripartizione dei costi giuridicamente fondata.

1

Quali Prestazioni

Identificazione specifica delle prestazioni necessarie per quella persona, con distinzione della loro natura (sanitaria, sociosanitaria, sociale)

2

Con Quale Intensità

Quantificazione del livello di assistenza necessaria, in termini di ore/die, frequenza degli interventi specialistici, continuità della sorveglianza

3

In Quale Setting

Indicazione motivata del setting assistenziale appropriato: domicilio, RSA, struttura semiresidenziale, soluzioni intermedie o di sollievo

4

Con Quali Risorse

Definizione delle fonti di finanziamento: quota SSN, quota Comune, quota utente, con riferimento ai LEA e ai criteri di equità sociale

Il Progetto Individuale come Fondamento della Ripartizione dei Costi

La connessione tra contenuto del progetto individuale e ripartizione dei costi è diretta e non mediabile da automatismi regolamentari:

Bisogno permanente, continuativo e globale → Compartecipazione minima o assente

Più il progetto descrive un bisogno di assistenza permanente, continuativa e globale, più risulta arduo sostenere la legittimità di una compartecipazione significativa sulla componente di cura. Il piano terapeutico totalmente integrato esclude la parcellizzazione della retta.

Bisogno sanitario contenuto, esigenze sociali prevalenti → Compartecipazione sostenibile

Quando il bisogno sanitario è relativamente contenuto e prevalgono esigenze abitative o sociali, la distinzione tra quota sanitaria e quota alberghiera trova un fondamento più solido e la richiesta di una quota all'utente è giuridicamente legittima.

Ripartizione come esito documentato, non prassi contabile

La ripartizione dei costi tra Servizio sanitario, famiglia e Comuni non dovrebbe essere il prodotto di prassi contabili o di automatismi regolamentari, ma l'esito coerente di un processo valutativo documentato, che individua responsabilità e fonti di finanziamento in rapporto al bisogno effettivo.

Strumenti Valutativi e Scala del Bisogno

Gli strumenti di misura dell'autonomia

La valutazione multidimensionale si avvale di strumenti standardizzati e validati a livello internazionale che consentono di misurare il livello di autonomia e il fabbisogno assistenziale in modo riproducibile e documentabile:

- **Barthel Index:** misura l'autonomia nelle ADL (range 0-100, dove 0 = dipendenza totale)
- **MMSE** (Mini Mental State Examination): valuta le funzioni cognitive
- **CIRS** (Cumulative Illness Rating Scale): quantifica la comorbidità
- **NPI** (Neuropsychiatric Inventory): valuta i disturbi comportamentali nelle demenze
- **BRASS:** valuta il rischio di dimissioni difficili e la necessità di setting residenziali

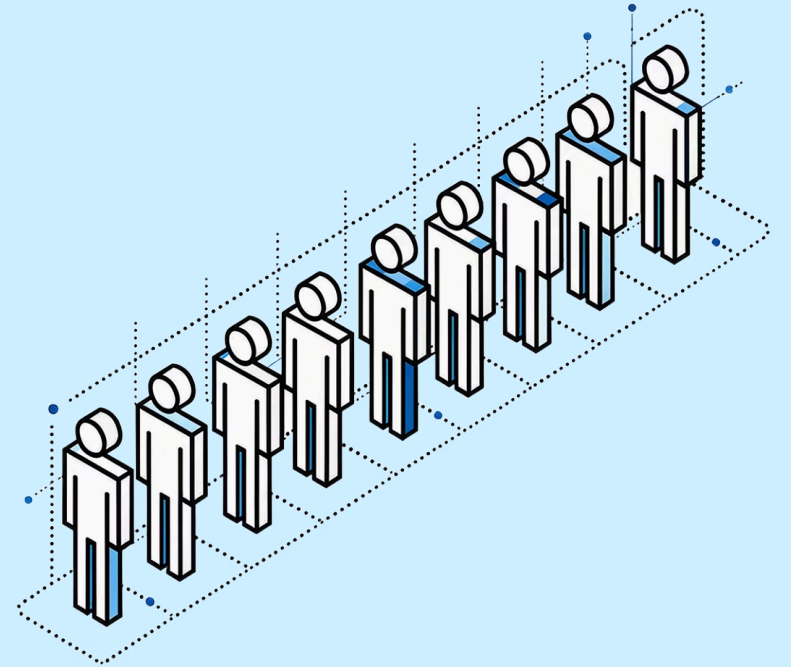
Scala del bisogno e conseguenze sulla retta

Barthel Score	Livello di bisogno	Implicazione sulla retta
0-20	Dipendenza totale	Copertura integrale SSN
21-60	Dipendenza grave	Quota sanitaria prevalente
61-80	Dipendenza moderata	Ripartizione bilanciata
81-100	Autonomia parziale	Quota alberghiera sostenibile

Nota: I range sono indicativi. La valutazione deve considerare la multidimensionalità del bisogno e non può ridursi a un singolo indicatore.

Liste d'Attesa, Accomodamento Ragionevole e Tutela dei Diritti

La discussione sulla retta non può essere disgiunta da quella sulle **liste d'attesa per i posti convenzionati**. In molte regioni italiane, la scarsità strutturale di posti a contratto determina tempi di attesa incompatibili con i bisogni di una parte significativa degli anziani non autosufficienti, costringendo le famiglie a rivolgersi a strutture private totalmente a pagamento — un "privato di necessità" che non risponde a una libera scelta ma a una carenza sistemica.



Il Fenomeno delle Liste d'Attesa: Entità e Conseguenze

Una carenza strutturale, non contingente

In numerose regioni italiane, i tempi di attesa per un posto convenzionato in RSA superano i 12-18 mesi per le fasce di bisogno più elevato. Questa carenza non è congiunturale: è il prodotto di decenni di sottoinvestimento nella programmazione residenziale pubblica e convenzionata.

Le famiglie che non possono attendere — perché il bisogno è urgente e il domicilio non è sostenibile — sono costrette a pagare interamente la retta di strutture private, sostenendo costi che il sistema dovrebbe coprire.

Le conseguenze per le famiglie

L'impatto economico è rilevante: una retta privata in RSA può oscillare tra i 2.500 e i 4.500 euro mensili, a seconda del territorio e del livello di assistenza. Per periodi prolungati, questo costo è insostenibile per la maggioranza delle famiglie italiane con redditi medi.

Il problema non è solo economico: l'attesa può determinare un deterioramento delle condizioni cliniche che, paradossalmente, aumenta i costi futuri per il sistema sanitario, alimentando un circolo vizioso di sottoassistenza e cronicizzazione.

Il Concetto di Accomodamento Ragionevole

In questo contesto assume rilievo crescente il concetto di **accomodamento ragionevole**, introdotto nella disciplina sulla disabilità (D.Lgs. 62/2024, in conformità alla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006) per garantire il godimento effettivo e tempestivo dei diritti quando l'applicazione ordinaria delle regole non è sufficiente.

Definizione normativa

L'accomodamento ragionevole individua **misure e adattamenti necessari, pertinenti e appropriati** che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo al soggetto obbligato. Il carattere di "ragionevolezza" implica una valutazione caso per caso, bilanciando il diritto del singolo con la capacità del sistema.

Applicazione alle RSA

Traslato sul terreno delle RSA, ciò significa che di fronte a liste d'attesa molto lunghe per soggetti con bisogni di sostegno intensivo, il sistema pubblico **non può limitarsi a registrare l'assenza di posti**. È tenuto ad attivare soluzioni alternative che garantiscano il diritto alla cura in modo tempestivo.

Obbligo di attivarsi

L'accomodamento ragionevole non è una facoltà discrezionale: è un **obbligo giuridico** per il soggetto pubblico. Il suo inadempimento può fondare pretese risarcitorie e azioni di tutela dei diritti da parte delle famiglie interessate.

Le Soluzioni di Accomodamento Ragionevole in Concreto



Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare

Erogazione di pacchetti intensivi di assistenza domiciliare (ADI) per soggetti in lista d'attesa per RSA, con un'equipe multiprofessionale in grado di garantire un livello di assistenza comparabile a quello residenziale nel breve periodo.



Ricoveri di Sollievo e Supporto Familiare

Attivazione di ricoveri temporanei di sollievo in strutture residenziali, affiancati da programmi strutturati di supporto ai caregiver familiari, per ridurre il carico assistenziale nelle fasi di attesa prolungata.



Sostegni Economici per Inserimenti Privati

Riconoscimento di contributi economici o voucher per coprire parzialmente la retta di strutture private nei periodi di attesa, evitando che il costo intero ricada sulle famiglie per prestazioni che il sistema dovrebbe garantire.



Strutture Semiresidenziali come Ponte

Utilizzo dei centri diurni e delle strutture semiresidenziali come setting intermedi, in grado di garantire la supervisione clinica nelle ore diurne mentre si attende la disponibilità di un posto residenziale convenzionato.

Le Tutele Giuridiche Attivabili dalle Famiglie

Quando nessuna misura di accomodamento ragionevole viene attivata e la famiglia è costretta a sostenere integralmente, per periodi prolungati, costi che corrispondono a prestazioni sociosanitarie essenziali, il problema non è più solo organizzativo. Si apre la questione della **tutela dei diritti**.

Pretese di Rimborso

Possono profilarsi **pretese di rimborso delle somme corrisposte** per prestazioni che dovevano essere a carico del sistema sanitario. La giurisprudenza amministrativa e civile ha riconosciuto in diverse occasioni il diritto al rimborso in caso di mancata erogazione di LEA.

Azioni per Servizi Dovuti

Le famiglie possono agire in giudizio o con ricorso amministrativo per **ottenere l'attivazione di servizi dovuti** o l'adozione di accomodamenti ragionevoli, facendo valere il diritto alla salute ex art. 32 Cost. e il diritto all'assistenza sociale ex art. 38 Cost.

Profili di Responsabilità

I ritardi sistematici nell'accesso alle strutture convenzionate possono configurare **profili di responsabilità** per le aziende sanitarie e per le Regioni, sia in termini di responsabilità amministrativa che di responsabilità da inadempimento degli obblighi di servizio pubblico.

Implicazioni per la Programmazione Regionale

Il "privato di necessità" non è una soluzione

Per i decisori regionali, la questione delle liste d'attesa richiama la necessità di **programmare in modo più aderente al fabbisogno reale** la dotazione di posti residenziali convenzionati. Il ricorso sistematico al "privato di necessità" non è una scelta di politica sanitaria: è la valvola di sfogo di carenze strutturali che il sistema scarica illegittimamente sulle famiglie.

La programmazione dei posti convenzionati dovrebbe essere fondata su dati epidemiologici aggiornati, proiezioni demografiche sull'invecchiamento della popolazione e stime del fabbisogno assistenziale distrettuale, aggiornate almeno ogni tre anni.

Strumenti di programmazione disponibili

- Piano Nazionale Non Autosufficienza (PNNA) come riferimento programmatico
- Fondi del PNRR per il potenziamento dell'assistenza territoriale (M6C1)
- Decreto Ministeriale 77/2022 sugli standard dell'assistenza territoriale
- Indicatori di monitoraggio dei LEA come strumento di verifica
- Accordi Stato-Regioni per la definizione di standard minimi di accesso

Conclusioni Operative

L'analisi della retta in RSA alla luce dei livelli essenziali e della recente evoluzione normativa su disabilità e sostegni consente di formulare alcune **indicazioni operative precise** per ciascun attore del sistema.

Queste indicazioni non sono raccomandazioni di buona pratica: sono, in molti casi, obblighi normativi che derivano dal quadro dei LEA, dalla riforma della disabilità e dai principi costituzionali di tutela della salute e dell'assistenza sociale.



Indicazioni per le Regioni e le Aziende Sanitarie

1

Distinzione Esplicita nelle Delibere Tariffarie

Distinguere in modo esplicito, negli atti di programmazione e nelle delibere tariffarie, tra componente sanitaria, sociosanitaria e sociale della retta, con chiara indicazione delle percentuali di copertura pubblica per ciascuna fascia di intensità assistenziale.

2

Adeguamento dei Contratti di Accreditemento

Adeguare i contratti di accreditemento in modo che riflettano l'intensità assistenziale e la natura delle prestazioni, evitando che la quota alberghiera diventi un contenitore residuale di costi di cura che il sistema non vuole riconoscere come sanitari.

3

Qualità delle Valutazioni Multidimensionali

Garantire la qualità e la completezza delle valutazioni multidimensionali e dei progetti individuali, facendone il perno delle decisioni sul setting assistenziale e sulla ripartizione dei costi, con adeguate risorse umane e strumentali per le UVM/UVD.

Ulteriori Priorità per le Regioni

Programmazione basata sul fabbisogno reale

Aggiornare i piani regionali per la non autosufficienza sulla base di proiezioni epidemiologiche reali, aumentando la dotazione di posti convenzionati nelle aree dove le liste d'attesa superano i 6 mesi per soggetti con bisogno di sostegno intensivo. Utilizzare i fondi del PNRR e del Piano Nazionale Non Autosufficienza per colmare i gap strutturali.

Monitoraggio del rispetto dei LEA

Istituire sistemi di monitoraggio specifici per verificare che le quote a carico degli utenti nelle RSA accreditate siano effettivamente limitate alla componente alberghiera, con ispezioni periodiche e meccanismi di rendicontazione trasparente da parte dei gestori. Prevedere sanzioni amministrative in caso di violazione dei criteri di accreditamento.

Integrazione con il sistema dell'assistenza domiciliare

Potenziare l'ADI e le Unità di Continuità Assistenziale come alternative reali al ricovero residenziale per soggetti con bisogno moderato, riducendo la pressione sulle RSA e garantendo che queste siano destinate prioritariamente ai casi con maggiore complessità clinica.

Indicazioni per i Comuni e gli Ambiti Territoriali Sociali

Per i Comuni e gli ambiti territoriali sociali, il ruolo nella governance della retta RSA è duplice: da un lato, garantire l'intervento sulla quota sociale per i soggetti privi di risorse; dall'altro, contribuire alla valutazione integrata del bisogno evitando che la distinzione tra sanitario e sociale diventi uno strumento per scaricare costi sull'utente.



Meccanismi Stabili di Intervento

Strutturare meccanismi stabili e prevedibili di intervento sulla quota sociale, basati su criteri di equità e trasparenza, con regolamenti chiari che definiscano soglie ISEE, modalità di calcolo e procedure di accesso all'integrazione comunale.



Lettura Integrata dei Bisogni

Sviluppare capacità di lettura integrata dei bisogni sanitari e sociali, in particolare nei casi di sostegno intensivo, partecipando attivamente alle UVM/UVD e ai tavoli di programmazione dei Piani di Zona.



Equità nel Calcolo dell'ISEE

Applicare i criteri ISEE in modo equo e coerente, evitando interpretazioni restrittive che escludano soggetti con bisogni intensivi dall'accesso all'integrazione comunale, e verificando che la "soglia" non diventi uno strumento di selezione arbitraria.

Indicazioni per i Gestori di RSA

Per i gestori di RSA, la sfida è duplice: garantire la trasparenza nella comunicazione alle famiglie e collaborare attivamente con i servizi pubblici nella costruzione dei progetti individuali.

Trasparenza nella Composizione della Retta

Rendere trasparente alle famiglie la composizione della retta, indicando chiaramente: l'importo della quota coperta dal SSN, l'importo della quota a carico dell'utente, il dettaglio delle prestazioni incluse in ciascuna quota, e i criteri di aggiornamento nel tempo. Il documento contrattuale deve essere comprensibile anche per non addetti ai lavori.

Collaborazione con i Servizi Pubblici

Collaborare con le UVM/UVD e con gli assistenti sociali nella definizione e nell'attuazione dei progetti individuali, fornendo documentazione clinica aggiornata, partecipando alle riunioni di valutazione e segnalando tempestivamente le variazioni delle condizioni dell'ospite che richiedono una revisione del piano assistenziale.

Evitare la "Sanitarizzazione Occulta"

Evitare di assumere, di fatto, funzioni sanitarie senza adeguata copertura economica da parte del SSN, e di compensare questa carenza attraverso un'espansione surrettizia della quota alberghiera. Questa pratica, oltre a essere giuridicamente rischiosa, mina la fiducia delle famiglie e la sostenibilità del sistema.

Rendicontazione delle Prestazioni

Predisporre sistemi di rendicontazione delle prestazioni erogate che consentano di dimostrare la corrispondenza tra quanto fatturato e quanto effettivamente erogato, sia alla componente sanitaria che a quella alberghiera. La rendicontazione è uno strumento di tutela per il gestore stesso.

Indicazioni per i Professionisti della Valutazione e della Tutela

Un nuovo ruolo per i professionisti sociosanitari

Per i professionisti che operano nella valutazione, nella presa in carico e nella tutela dei diritti, diventa sempre più importante **leggere la retta non solo come cifra, ma come espressione di una scelta di sistema**: ciò che viene imputato alla famiglia o al Comune è, in ultima analisi, ciò che il sistema decide di non riconoscere come parte del nucleo essenziale della cura.

Questa lettura critica richiede competenze che attraversano il confine tra clinica, diritto e politica sociale: capacità di qualificare giuridicamente le prestazioni, di interpretare i contratti di accreditamento, di valutare la coerenza tra progetto individuale e retta applicata.

Competenze chiave da sviluppare

- Conoscenza del quadro dei LEA e delle loro modalità di applicazione all'assistenza residenziale
- Capacità di analisi dei contratti di accreditamento regionali
- Comprensione della riforma della disabilità e delle nuove categorie di sostegno
- Conoscenza dei meccanismi di tutela giuridica disponibili per le famiglie
- Capacità di interfacciarsi con UVD, assistenti sociali e operatori del diritto

Dal "Quanto Costa la RSA?" al "Che Cosa Stiamo Pagando?"

Passare dalla domanda giusta

La Domanda Sbagliata

"Quanto costa la RSA?"

Una domanda che tratta la retta come un dato opaco, un'inevitabilità del sistema, un costo da gestire o negoziare sul piano individuale, senza interrogarsi sulla sua composizione e sulla sua legittimità.

La Domanda Giusta

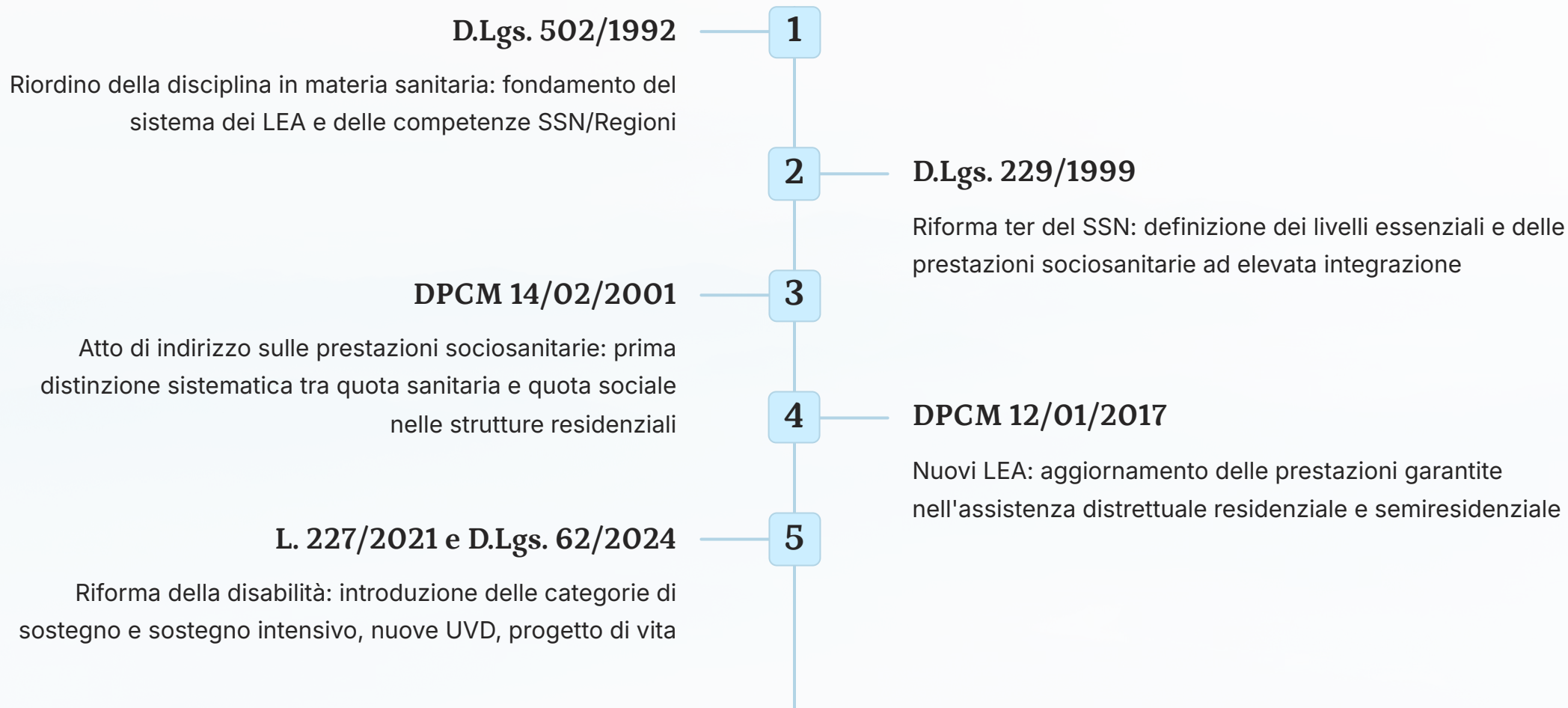
"Che cosa stiamo pagando?"

Una domanda che riporta al centro la persona non autosufficiente, la sua dignità e il suo progetto di vita, e misura su questa base la coerenza delle politiche e delle pratiche di finanziamento della long-term care italiana.

Questo cambio di prospettiva non è retorico: è il presupposto metodologico per qualsiasi riforma credibile del sistema di finanziamento della non autosufficienza in Italia.

Il Quadro Normativo di Riferimento

La corretta comprensione della questione richiede la padronanza del quadro normativo, che si è stratificato nel tempo attraverso decreti legislativi, DPCM, accordi Stato-Regioni e pronunce giurisprudenziali.



Il DPCM 12 Gennaio 2017 e i LEA nell'Assistenza Residenziale

Il DPCM 12 gennaio 2017 costituisce il riferimento normativo primario per la definizione delle prestazioni garantite nell'assistenza residenziale per anziani. La sua struttura articola le prestazioni per intensità assistenziale, creando implicitamente una mappa della responsabilità finanziaria.

Categoria	Caratteristiche	Copertura pubblica
Residenzialità estensiva (ex-nucleo Alzheimer)	Demenze con disturbi comportamentali, alta complessità clinica	Quota sanitaria elevata (50-70% della tariffa)
Residenzialità intensiva	Non autosufficienza grave, pluripatologie, necessità di assistenza continua	Quota sanitaria media (40-50% della tariffa)
Residenzialità di mantenimento	Non autosufficienza stabilizzata, bisogno assistenziale moderato	Quota sanitaria base (>30% della tariffa)
Residenzialità di sollievo/temporanea	Supporto temporaneo ai caregiver, stabilizzazione post-ospedaliera	Variabile secondo contratto regionale

Le percentuali di copertura variano significativamente tra Regioni: alcune applicano quote sanitarie più alte del minimo nazionale, altre si attestano sul minimo. Questa variabilità è essa stessa fonte di disparità nell'accesso ai LEA.

La Giurisprudenza in Materia di RSA e LEA

Corte Costituzionale

"Il diritto alla salute, in quanto diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, non può essere compresso oltre il nucleo irriducibile che spetta a ogni persona umana, indipendentemente dalle risorse disponibili."

Consiglio di Stato

"Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, in quanto riconducibili ai livelli essenziali di assistenza, devono essere garantite dal SSN senza oneri a carico degli utenti, indipendentemente dalla loro collocazione in strutture residenziali."

TAR (orientamento prevalente)

"La distinzione tra quota sanitaria e quota alberghiera non può essere effettuata in modo aprioristico, ma deve riflettere la reale composizione delle prestazioni erogate al singolo utente, come risulta dalla valutazione multidimensionale e dal piano assistenziale individuale."

- ❏ Le pronunce citate rappresentano orientamenti giurisprudenziali consolidati, non sentenze specifiche. Per un'analisi giuridica puntuale, si raccomanda la consultazione delle banche dati giuridiche ufficiali.

Il Ruolo dell'ISEE nella Compartecipazione alla Quota Sociale

L'ISEE come strumento di equità

L'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) è il principale strumento utilizzato per determinare la capacità contributiva del nucleo familiare ai fini della compartecipazione alla quota sociale della retta RSA.

Il D.Lgs. 109/1998 e il successivo DPCM 159/2013 (ISEE riforma) disciplinano le modalità di calcolo e i criteri di applicazione. Per le prestazioni residenziali, l'ISEE è calcolato considerando il nucleo familiare del solo richiedente o il nucleo ristretto, a seconda della situazione specifica.

Criticità applicative

- **Variabilità regolamentare:** ogni Comune può fissare proprie soglie ISEE e propri criteri di intervento, creando differenze significative tra territori vicini
- **Quota minima garantita:** in assenza di risorse, l'ospite deve poter trattenere una quota del reddito (c.d. "quota di mantenimento") per le spese personali
- **Recupero degli alimenti:** in alcuni Comuni si applica ancora la chiamata in corresponsabilità degli obbligati alimentari, pratica di dubbia legittimità con la LEPS
- **Patrimonio immobiliare:** il trattamento della prima casa nell'ISEE rimane un punto controverso per gli anziani istituzionalizzati

La Questione degli Obbligati Alimentari

⚠ La chiamata in corresponsabilità degli obbligati alimentari (familiari diversi dal coniuge e dai figli) per il pagamento della quota sociale della retta RSA è una pratica ancora diffusa in alcuni Comuni italiani, ma è di dubbia compatibilità con il quadro normativo attuale.

Il quadro normativo attuale

La Legge 26 maggio 2016, n. 106 (Riforma del Terzo Settore) e la successiva evoluzione normativa hanno progressivamente limitato la chiamata degli obbligati alimentari nelle prestazioni di assistenza sociale. La Legge di Bilancio 2021 (L. 178/2020) ha esplicitamente escluso la possibilità per i Comuni di rivalersi sui parenti diversi dal coniuge e dai figli per il recupero delle somme erogate a titolo di assistenza sociale.

Implicazioni per le RSA

I Comuni che continuano a richiedere ai parenti in linea collaterale (fratelli, sorelle) o in linea retta (figli adulti) il pagamento della quota sociale della retta RSA al di là di quanto previsto dalla legge rischiano di essere esposti a contenziosi. Le famiglie possono contestare tali richieste sulla base del nuovo quadro normativo, facendo valere il diritto all'assistenza sociale come diritto individuale e non come obbligo familiare residuale.

Il Piano Nazionale Non Autosufficienza: Strumento di Programmazione

Il Piano Nazionale Non Autosufficienza (PNNA) — adottato con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro della Salute — costituisce il principale strumento di programmazione nazionale del sistema di cura per gli anziani non autosufficienti.

Obiettivi del PNNA

Definizione degli standard di offerta residenziale, semiresidenziale e domiciliare; ripartizione delle risorse del Fondo Nazionale Non Autosufficienza (FNNA) tra Regioni; definizione dei criteri di accesso e dei livelli di qualità.

Il Fondo Nazionale

Il FNNA è la principale fonte di finanziamento statale per i servizi di cura. Nel 2024 ha raggiunto circa 913 milioni di euro, a cui si aggiungono le risorse regionali e il cofinanziamento comunale. Tuttavia, l'Italia spende per la long-term care circa il 2% del PIL, ben al di sotto della media UE.

Limite del PNNA attuale


Il PNNA non definisce standard vincolanti sulla composizione della retta RSA né criteri uniformi per la distinzione tra quota sanitaria e quota sociale, lasciando questa materia alla discrezionalità regionale con i conseguenti disomogeneità e squilibri.

Il Confronto Internazionale: Come Altri Paesi Gestiscono la Long-Term Care

Il confronto con altri sistemi europei offre spunti utili per immaginare evoluzioni del modello italiano, in un contesto di crescente pressione demografica e sostenibilità finanziaria.




GERMANIA
Assicurazione obbligatoria per non autosufficienza. Contributi sul reddito.



FRANCIA
APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Prestazione universale graduata per livelli di autormia.




PAESI BASSI
AWBZ/WLZ. Assicurazione a copertura totale per non autosufficienza grave.



SVEZIA
Sistema municipale universale. Ticket moderatori simbolici.



ITALIA
Mix LEA-Comuni-famiglie. Elevata compartecipazione privata. Forte variabilità regionale.



CONSIDERAZIONI
Modelli distinti con approcci fiscali e universalistici diversi. Crescente domanda di servizi e sostenibilità.

L'Assicurazione Sociale per la Non Autosufficienza: Un Modello Alternativo?

Il dibattito in Italia

Il dibattito sull'introduzione di una forma di assicurazione sociale obbligatoria per la non autosufficienza in Italia è ciclicamente ripreso nelle agende politiche senza mai tradursi in una riforma organica. La Legge Delega 227/2021 ha aperto uno spiraglio in questa direzione, prevedendo la possibilità di istituire un sistema di contribuzione solidaristica per la disabilità grave.

L'esperienza tedesca della *Pflegeversicherung* (assicurazione per la cura, 1995) dimostra che un sistema misto contributivo-assistenziale può ridurre significativamente il carico sulle famiglie e garantire prestazioni più uniformi sul territorio.

Vantaggi e criticità di un sistema assicurativo

- ✓ Riduzione della compartecipazione privata "di fatto"
- ✓ Universalità della copertura indipendente dal reddito
- ✓ Prevedibilità dei costi per le famiglie
- ✓ Sostenibilità finanziaria a lungo termine
- ⚠ Richiede un incremento del cuneo fiscale o contributivo
- ⚠ Necessità di governance nazionale forte per evitare nuove frammentazioni
- ⚠ Rischio di spiazzamento degli investimenti pubblici esistenti

Qualità della Cura e Composizione della Retta: Un Nesso Non Casuale

Esiste una relazione diretta tra la struttura della retta e la qualità della cura erogata. Quando il sistema di finanziamento non remunera adeguatamente le prestazioni sanitarie e sociosanitarie attraverso la componente pubblica, i gestori tendono a compensare attraverso l'espansione della quota privata o la riduzione degli organici, con conseguenze sulla qualità dell'assistenza.

→ **Sottofinanziamento della quota sanitaria → Riduzione del personale qualificato**

Quando le tariffe sanitarie regionali non coprono il costo effettivo dell'assistenza infermieristica e medica, i gestori sono indotti a ridurre il personale qualificato o a ricorrere a figure con qualificazioni inferiori, con ricadute dirette sulla qualità e sulla sicurezza delle cure.

→ **Espansione della quota privata → Selezione degli utenti per capacità economica**

Strutture che dipendono in misura crescente dalla quota privata tendono a selezionare gli ospiti anche in base alla loro capacità di pagamento, escludendo di fatto i soggetti con risorse limitate dai posti "migliori" o dalle strutture di maggiore qualità.

→ **Trasparenza della retta → Competizione sulla qualità**

Una retta trasparente, che consente alle famiglie di confrontare in modo informato le diverse strutture, stimola la competizione sulla qualità delle prestazioni piuttosto che sulla sola convenienza economica, incentivando il miglioramento continuo.

Standard di Personale e Qualità delle RSA

La qualità della cura in RSA dipende in modo cruciale dagli standard di personale: il numero e la qualifica degli operatori per ospite sono determinanti per la sicurezza e il benessere degli anziani ospitati. Questi standard influenzano direttamente i costi di gestione e, di riflesso, la struttura della retta.

Figura professionale	Funzione principale	Standard minimo indicativo	Componente retta
Medico responsabile	Supervisione clinica e prescrizione	1 per struttura (part-time)	Sanitaria
Infermieri	Assistenza infermieristica, terapie	1 ogni 20-25 ospiti (turni)	Sanitaria
OSS/Operatori di base	Assistenza alla persona (ADL)	1 ogni 4-6 ospiti (turni)	Sociosanitaria
Fisioterapisti	Riabilitazione e mantenimento	1 ogni 25-30 ospiti	Sanitaria/Sociosanitaria
Educatori/Animatori	Attività occupazionali e sociali	1 ogni 30-40 ospiti	Sociale
Personale alberghiero	Cucina, pulizie, lavanderia	Variabile per struttura	Alberghiera

Il Ruolo delle Associazioni di Tutela e del Terzo Settore

In questo sistema complesso, le associazioni di tutela dei diritti degli anziani e delle famiglie, insieme agli enti del Terzo Settore, svolgono un ruolo cruciale come intermediari informativi e come soggetti di advocacy per la riforma del sistema.



Orientamento e Informazione

Forniscono alle famiglie informazioni comprensibili sulla composizione della retta, sui diritti degli ospiti di RSA, sulle procedure di reclamo e sulle tutele disponibili. Colmano il gap informativo che spesso impedisce alle famiglie di esercitare i propri diritti.



Advocacy Istituzionale

Promuovono, nelle sedi istituzionali nazionali e regionali, riforme del sistema di finanziamento della non autosufficienza orientate all'universalità, all'equità e alla trasparenza. Contribuiscono alla definizione dei LEPS e alla programmazione del FNNA.



Supporto nella Tutela dei Diritti

Assistono le famiglie nelle controversie con strutture e aziende sanitarie, nella predisposizione di esposti e ricorsi amministrativi, e nella costruzione di percorsi di tutela stragiudiziale e giudiziale per il recupero di somme corrisposte indebitamente.

La Dignità della Persona Non Autosufficiente al Centro del Sistema

La Persona non la tariffa

Ogni decisione sulla composizione della retta, sulla ripartizione dei costi e sull'accesso ai servizi deve essere misurata sulla sua coerenza con il progetto di vita della persona non autosufficiente, con la sua dignità e con il suo diritto a ricevere cura di qualità indipendentemente dalla propria condizione economica.

Domande Chiave per i Decisori: Una Check-list Operativa

Prima di adottare o aggiornare delibere tariffarie, contratti di accreditamento o regolamenti comunali sull'accesso ai servizi residenziali, i decisori dovrebbero rispondere alle seguenti domande:

- Le delibere tariffarie regionali distinguono esplicitamente tra quota sanitaria, sociosanitaria e alberghiera per ogni livello di intensità assistenziale?
- I contratti di accreditamento riflettono l'intensità assistenziale reale degli ospiti e non si basano su tariffe flat indifferenziate?
- Le Unità di Valutazione Multidimensionale hanno le risorse umane e strumentali per produrre valutazioni di qualità per ogni ospite di RSA?
- Esiste un meccanismo documentato di aggiornamento del Piano Assistenziale Individuale al variare delle condizioni dell'ospite?
- I Comuni del territorio hanno regolamenti trasparenti e aggiornati sull'integrazione della quota sociale, con soglie ISEE definite e procedure chiare?
- Sono attivi sistemi di monitoraggio per verificare che le quote a carico degli utenti non includano prestazioni di natura sanitaria?
- Esistono meccanismi di accomodamento ragionevole per i soggetti in lista d'attesa con bisogno di sostegno intensivo?
- Le famiglie ricevono documentazione chiara sulla composizione della retta al momento dell'ingresso in struttura?

La Comunicazione alla Famiglia: Uno Standard Minimo di Trasparenza

La trasparenza nella comunicazione alla famiglia non è solo un obbligo etico: è un requisito di accreditamento che le strutture dovrebbero rispettare. Il documento che accompagna la retta dovrebbe contenere almeno le seguenti informazioni:

Importo Totale e Componenti

Importo totale della retta mensile, con indicazione separata della quota coperta dal SSN/ASL, della quota a carico del Comune (se presente) e della quota a carico dell'utente/famiglia.

Prestazioni Incluse

Elenco dettagliato delle prestazioni incluse nella quota a carico dell'utente (tipicamente: vitto, alloggio, lavanderia, servizi di base) con indicazione di quelle coperte dalla componente pubblica.

Servizi Extra e Costi Aggiuntivi

Elenco chiaro dei servizi non inclusi nella retta standard e dei relativi costi aggiuntivi, distinguendo tra servizi di comfort (opzionali) e servizi terapeutici (che non possono essere fatturati separatamente).

Procedure di Revisione e Reclamo

Indicazione dei criteri e delle scadenze per la revisione della retta, e delle procedure di reclamo disponibili per contestare addebiti ritenuti non dovuti o non coerenti con i LEA e i contratti di accreditamento.

I Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS): La Prossima Frontiera

Accanto ai Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA), il sistema si sta dotando progressivamente dei **Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS)**, introdotti dalla Legge di Bilancio 2021 (L. 178/2020) e progressivamente definiti nei decreti attuativi.

Cosa sono i LEPS

I LEPS sono le prestazioni sociali che tutte le Regioni e i Comuni sono tenuti a garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale, indipendentemente dalla propria capacità fiscale. Rappresentano il nucleo irriducibile della protezione sociale universale nel nostro ordinamento.

La loro definizione progressiva cambia le regole del gioco: una prestazione qualificata come LEPS non può più essere negata per carenza di risorse locali, ma deve essere garantita con finanziamento statale aggiuntivo.

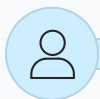
Implicazioni per le RSA

Se la quota sociale della retta RSA per soggetti con bisogno di sostegno intensivo venisse qualificata come LEPS, i Comuni non potrebbero più negarla o limitarla in ragione della propria situazione finanziaria. Questo rappresenterebbe un cambio paradigmatico nella governance del sistema residenziale per anziani.

La riforma della disabilità (D.Lgs. 62/2024) ha già fatto alcuni passi in questa direzione, prevedendo che il progetto di vita individuale e il piano di supporto siano diritti esigibili. Il passo successivo è rendere esigibili le risorse necessarie per attuarli.

Il Progetto di Vita Individuale: Oltre il Piano Assistenziale

La riforma della disabilità introduce un concetto più ampio e ambizioso del "piano assistenziale individuale": il **progetto di vita individuale e personalizzato**. Questa distinzione non è terminologica, ma sostanziale: segna il passaggio da una logica medico-assistenziale a una logica di empowerment e partecipazione della persona.



Valutazione di Base e Profilo di Funzionamento

Prima fase: valutazione multidimensionale condotta dall'UVD secondo la classificazione ICF, che produce un profilo di funzionamento della persona nelle sue dimensioni biologiche, psicologiche e sociali.



Piano di Supporto Individuale

Terza fase: traduzione degli obiettivi in un piano operativo che individua le risorse pubbliche, private e informali da attivare, i soggetti responsabili, i tempi e i criteri di verifica dei risultati.



Definizione degli Obiettivi di Vita

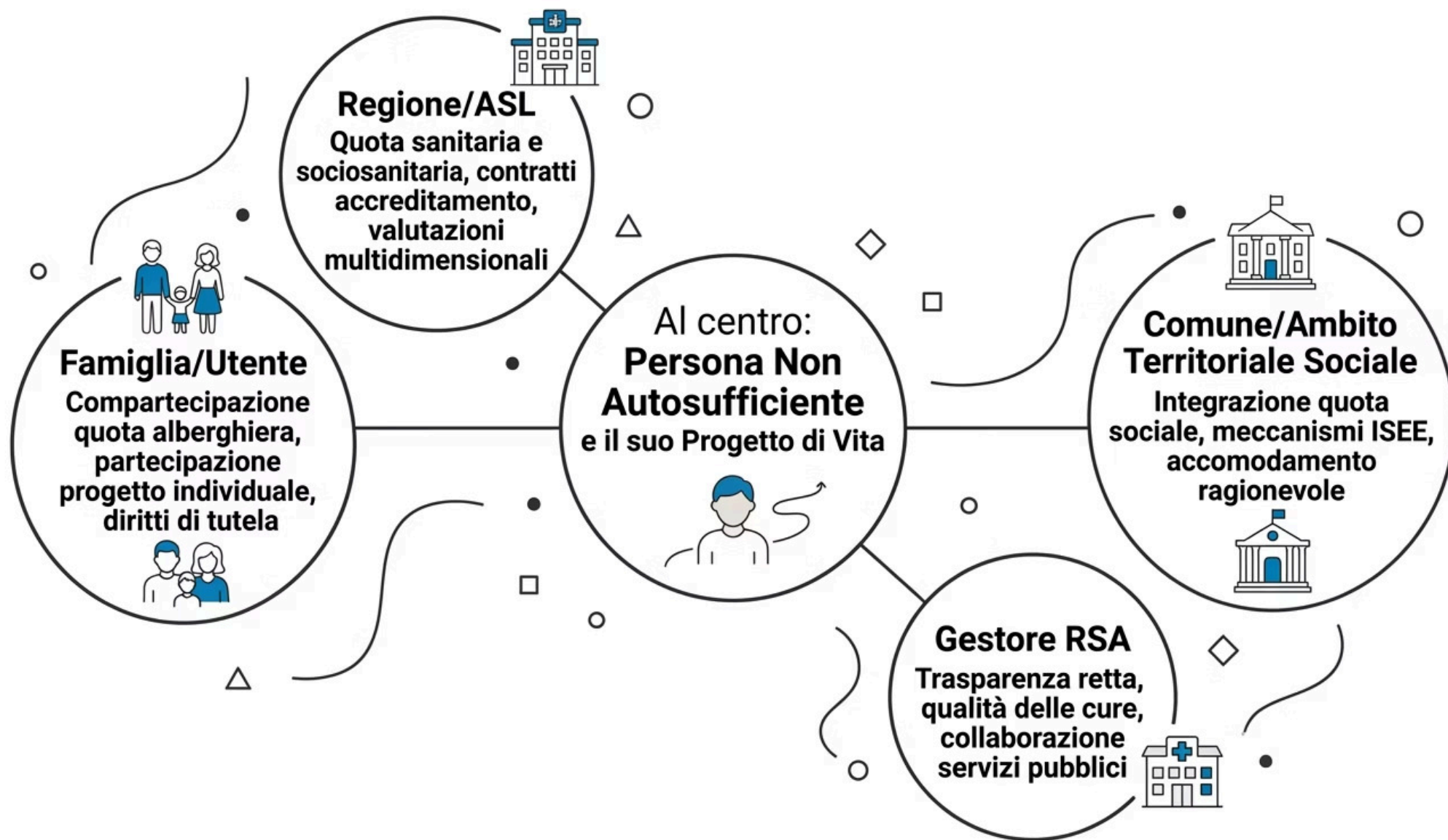
Seconda fase: la persona, con il supporto dei familiari e dei facilitatori, esprime le proprie aspirazioni e obiettivi di vita — relazionali, culturali, lavorativi, abitativi — che divengono il punto di riferimento del progetto.



Revisione Periodica e Adattamento

Quarta fase: monitoraggio periodico dell'attuazione del piano, con revisione in caso di variazione significativa delle condizioni della persona o delle risorse disponibili. Il progetto è un documento vivo, non un atto amministrativo statico.

Sintesi: La Mappa delle Responsabilità nel Sistema RSA



Le Tre Domande Fondamentali per Ogni Caso

Nella pratica quotidiana, la corretta gestione della retta RSA può essere ricondotta a tre domande fondamentali che ogni professionista, gestore o decisore dovrebbe porsi per ogni ospite o per ogni categoria di ospiti.

? Domanda 1: Qual è la natura effettiva delle prestazioni erogate?

Le prestazioni incluse nella retta sono state qualificate correttamente come sanitarie, sociosanitarie o sociali/alberghiere? La qualificazione si basa su una valutazione documentata o su automatismi tariffari? È coerente con la reale intensità assistenziale dell'ospite?

? Domanda 2: Le prestazioni sanitarie e sociosanitarie sono integralmente coperte?

Il sistema sanitario copre effettivamente la quota che gli compete, o parte di essa è stata trasferita, sotto varie denominazioni, sulla quota a carico dell'utente? Esiste documentazione che dimostri la corrispondenza tra tariffa sanitaria e prestazioni erogate?

? Domanda 3: La quota a carico dell'utente è sostenibile e giuridicamente fondata?

La quota sociale/alberghiera richiesta all'utente è limitata a ciò che il sistema può legittimamente chiedere? Sono attivi meccanismi di intervento comunale per i soggetti senza risorse? La quota è definita con trasparenza e criteri documentati?

Raccomandazioni Prioritarie per il Breve Periodo

Alla luce dell'analisi svolta, alcune raccomandazioni prioritarie si impongono per il breve periodo, indipendentemente dall'avanzamento delle riforme strutturali di sistema.

1

Audit della Composizione delle Rette

Le Regioni dovrebbero avviare audit sistematici della composizione delle rette nelle RSA accreditate, verificando che la quota alberghiera non includa prestazioni di natura sanitaria. L'audit dovrebbe essere condotto da équipe miste (sanitarie, giuridiche, contabili) con accesso alla documentazione clinica e contrattuale.

2

Standardizzazione dei Documenti Informativi

Definire a livello regionale uno schema standardizzato di documento informativo sulla composizione della retta, che le strutture accreditate siano tenute a consegnare alle famiglie all'ingresso e a ogni variazione significativa. Lo schema dovrebbe essere comprensibile anche per non addetti ai lavori.

3

Formazione degli UVM/UVD

Investire nella formazione delle Unità di Valutazione Multidimensionale/Disabilità, garantendo che siano in grado di produrre valutazioni complete, documentate e utilizzabili come fondamento della ripartizione dei costi. La qualità della valutazione è il presupposto di tutto il sistema.

Verso un Sistema più Equo: Le Riforme Strutturali Necessarie

Nel medio-lungo periodo, la sostenibilità del sistema residenziale per anziani richiede riforme strutturali che vanno oltre i singoli aggiustamenti operativi. L'Italia è chiamata a compiere scelte strategiche sulla governance della long-term care che non possono essere rinviate ulteriormente, in un contesto di invecchiamento demografico accelerato.

1

Definizione di LEPS Esigibili per la Non Autosufficienza Grave

Qualificare come LEPS le prestazioni di sostegno intensivo, rendendole diritti esigibili indipendentemente dalla capacità fiscale del Comune.

2

Riforma del Finanziamento della Long-Term Care

Valutare l'introduzione di una forma di assicurazione sociale per la non autosufficienza che riduca la compartecipazione privata e garantisca universalità e prevedibilità della copertura.

3

Revisione dei Contratti di Accreditamento

Riformare i contratti di accreditamento in modo che riflettano l'intensità assistenziale reale, con tariffe differenziate per livello di bisogno e meccanismi di aggiornamento periodico.

4

Potenziamento delle Valutazioni Multidimensionali

Garantire risorse umane e strumentali adeguate alle UVD per produrre valutazioni di qualità che diventino il fondamento documentato di ogni decisione sul setting e sulla ripartizione dei costi.

Conclusioni: Riportare la Persona al Centro

L'analisi della retta RSA alla luce dei livelli essenziali e della recente evoluzione normativa su disabilità e sostegni conduce a una conclusione chiara: **la retta non è un dato neutro**. È l'espressione visibile di una scelta di sistema — di ciò che la collettività decide di riconoscere come parte essenziale della cura e di ciò che lascia sulle spalle delle famiglie.

Per i Decisori Politici

La sfida è costruire un sistema di finanziamento della long-term care che sia coerente con i principi costituzionali di universalità, equità e dignità della persona, traducendo in scelte di bilancio concrete il riconoscimento della non autosufficienza come rischio sociale collettivo e non come responsabilità familiare residuale.

Per i Gestori

La sfida è coniugare la sostenibilità economica della struttura con la trasparenza verso le famiglie e il rispetto dei confini giuridici della compartecipazione, contribuendo attivamente alla costruzione di un sistema che tuteli sia l'ospite che l'operatore.

Per i Professionisti

La sfida è integrare le competenze cliniche con una lettura giuridica e sistemica della retta, diventando protagonisti di processi valutativi di qualità e difensori attivi dei diritti delle persone non autosufficienti.

Il Passo Successivo: Dalla Lettura all'Azione

Misurare la coerenza delle politiche sulla persona

Passare dalla domanda "**quanto costa la RSA?**" a "**che cosa stiamo pagando?**" significa riportare al centro la persona non autosufficiente, la sua dignità e il suo progetto di vita, e misurare su questa base la coerenza delle politiche e delle pratiche di finanziamento della long-term care.

Revisione delle delibere tariffarie

Verificare che le tariffe regionali distinguano tra componenti sanitarie, sociosanitarie e alberghiere in modo trasparente e aggiornato

Audit delle rette nelle RSA accreditate

Avviare verifiche sistematiche sulla composizione delle rette per accertare la conformità con i LEA e i contratti di accreditamento

Potenziamento dei progetti individuali

Fare della valutazione multidimensionale e del progetto individuale strumenti reali di governo del sistema, non adempimenti burocratici

Tutela attiva dei diritti

Informare le famiglie sui propri diritti e sulle tutele disponibili, attivando meccanismi di accomodamento ragionevole dove necessario