



Dentro le RSA.

La qualità della cura passa anche dalla tutela del personale

Coordinamento:

SPI Cgil Lombardia: Federica Trapletti

FP CGIL Lombardia: Sabrina Negri

A cura di Francesco Montemurro (Across – Ires Morosini)

Per l'Osservatorio SPI Lombardia sulle RSA: Vincenzo Bevilacqua, Giancarlo Beolchi,

Gennaio 2025

- Ringraziamo: **Imma Arcadu e Luisa Meleddu dello SPI di Milano** per le preziose attività di rilevazione e analisi dei dati necessarie alla realizzazione dell'Osservatorio sulle RSA.
- Hanno partecipato alla fase delle interviste 21 testimoni privilegiati. Li ringraziamo tutti. Roberto Alfieri, Samuele Astuti, Barbara Bianco, Gianfranco Caleffi, Elisabetta Donati, Manuela Galdini, Valeria Negrini e Costanzo Ranci hanno indicato il loro nome nella risposta all'intervista. Tutti gli altri partecipanti hanno indicato la qualifica professionale.

Hanno risposto all'intervista:

8 Amministratori/trici o Direttori/trici di RSA (pubbliche e private)

2 Coordinatrici di servizi RSA

3 Amministratori/trici di ente locale

3 Rappresentanti di Associazioni di familiari

4 Professori universitari - Esperti

1 Rappresentante Terzo settore

La non autosufficienza. Una riforma ancora lontana

Da molti anni si discute sulla necessità di approvare una riforma globale delle politiche di Long Term Care (LTC).

Le ragioni della mancata approvazione:

- presenza dei vincoli di bilancio legati agli squilibri di finanza pubblica;
- mancata determinazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP);
- resistenze a eventuali modifiche del principale strumento di sostegno esistente, l'indennità di accompagnamento, misura assistenziale che assicura un sostegno economico alle famiglie di fronte alla carenza di servizi pubblici. In base a stime della Ragioneria generale dello Stato, questa misura assorbe oggi circa il 44% delle risorse destinate al LTC (Ufficio Parlamentare di Bilancio - UPB, 2024).

Il rischio che anche l'opportunità concessa dal PNRR – la realizzazione di una riforma volta ad introdurre un sistema organico di interventi in favore degli anziani non autosufficienti - venga vanificata, è alto. .

La prima riforma nazionale dell'assistenza agli anziani avrebbe dovuto prevedere il complessivo riordino del settore e individuare i LEPS per gli anziani non autosufficienti in un'ottica di integrazione con i LEA. Invece, il Decreto Attuativo (29/2024) per l'attuazione dei criteri della Delega (n. 33/2023) ha introdotto, nonostante gli annunci, modestissime novità, circoscritte purtroppo ad una limitatissima platea di persone in condizione di bisogno (Cembrani, Vecchiato, De Leo, Trabucchi, 2024).

La non autosufficienza. Lo stato dell'arte delle politiche.

Nei primi anni del duemila la non autosufficienza è stata riconosciuta come un nuovo rischio dalle Regioni. Sono stati definiti modelli d'intervento, basati prioritariamente sui contributi economici e assegni di cura oppure sull'erogazione di servizi, o su un mix di entrambi gli interventi.

Lo Stato ha istituito il Fondo nazionale per la Non autosufficienza (2007) per dare copertura ai costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria rivolta alle persone con gravi limitazioni, e le Regioni e i comuni hanno condiviso le responsabilità nel perseguire l'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria, traguardo raggiunto in poche aree territoriali.

In assenza di LEPS e di standard nazionali, si sono determinate forti disparità territoriali relativamente alla copertura del bisogno da non autosufficienza (UPB, 2024).

Nonostante la crescita delle persone non autosufficienti (in base alla metodologia ISTAT è possibile stimare per il 2022 circa 4 milioni di over65 in questa condizione, quasi 40mila in più rispetto al 2020) e il progressivo indebolimento delle reti familiari di cura primarie (ISTAT, 2022), nel nostro Paese non è stato ancora colto il potenziale di sviluppo occupazionale dell'intero settore LTC.

La non autosufficienza. Il modello italiano di presa in carico

Il modello italiano di presa in carico è difficile da delineare, in quanto il sistema di cura è estremamente regionalizzato.

→ Ampie aree del Paese quasi del tutto prive di servizi territoriali e altre in cui la copertura dei servizi è estremamente variabile a seconda della tipologia (residenziale, semi-residenziale, domiciliare). Gravi carenze a livello di integrazione dei servizi e nella messa a terra della filiera.

→ Progressiva crescita dello spazio per il mercato privato. Oltre al Terzo settore e ai lavoratori immigrati anche le imprese con scopo di lucro si stanno espandendo, compresi i grandi gruppi multinazionali. Sono stati adottati – quasi sempre in modo non sistematico – numerosi provvedimenti volti alla regolarizzazione degli assistenti personali (o badanti) immigrati e sono state introdotte agevolazioni fiscali rivolte, tra l'altro, all'emersione, con risultati tuttavia non apprezzabili.

→ La **tendenza a esternalizzare i servizi**, particolarmente intensa nel settore dell'assistenza agli anziani, **viene ricollegata all'obiettivo di ridurre il costo del lavoro e aumentarne la flessibilità**, in presenza di **sistemi contrattuali** molto diversi e in genere **meno generosi rispetto al settore pubblico** (UPB, Ufficio Parlamentare di Bilancio, 2024, pag. 392).

Le risorse. Nel 2022 la spesa per LTC è pari all'**1,73% del PIL**, in diminuzione rispetto agli anni precedenti: era l'**1,8%** nel 2010 e 2015, l'**1,9%** nel 2020. Nel 2022 il 74% della spesa è rivolta a over65. Relativamente agli anziani, la componente sanitaria costituisce il 37% del totale, le indennità di accompagnamento il 44% e le altre prestazioni assistenziali il 19%. Le prestazioni monetarie coprono circa metà della spesa, le prestazioni residenziali costituiscono poco più di un terzo del totale e quella per assistenza domiciliare il 16% (UPB, 2024).

Le criticità riguardano soprattutto la **sottodotazione di risorse finanziarie** (stanziamenti per le diversi componenti LTC e revisione e adeguamento della quota sanitaria RSA), il **numero, la qualificazione e il trattamento economico del personale OCSE**, 2023, UPB, 2024).

Un punto di non partenza per le politiche. Le preferenze della domanda

- «Invecchiare sul posto», a casa, nella comunità, è l'**opzione preferita** dalla grande maggioranza (circa il 90%) degli over65 intervistati nell'ambito dell'indagine SHARE, condotta in 11 Paesi Ue (circa 54mila osservazioni), tra cui l'Italia (Laferrère, Arnault, 2021).
- Per gli anziani più anziani, il passaggio all'assistenza residenziale è legato soprattutto all'insorgere della disabilità (in particolare per quanto riguarda i disturbi cognitivi) e all'isolamento relazionale e fisico.
- I più istruiti o i più ricchi hanno meno probabilità di trasferirsi in una casa di riposo o RSA. Quando uno stato di salute molto negativo o la disabilità richiedono modifiche all'abitazione o la mobilità verso un'altra abitazione privata, tali possibilità sono ridotte per coloro che si trovano nel quartile più basso di reddito.
- La famiglia allargata è importante: non avere un coniuge aumenta la probabilità di trasferirsi; avere un figlio che vive a meno di 25 km di distanza la riduce di 0,8 punti percentuali rispetto a chi non ha figli. Conta anche il «tasso di proprietà dell'abitazione». In Italia, dove l'abitazione di proprietà è più diffusa, nello stato di non autosufficienza si è più propensi a rimanere nella propria abitazione, mentre nei Paesi nordici, dove la casa di proprietà è meno frequente, lo spostamento in una struttura residenziale è più facilmente accettato.
- Le differenze tra i Paesi non evidenziano legami significativi con l'organizzazione del LTC (Laferrère, Arnault, 2021).
- Da qui la necessità di progettare una presa in carico globale e flessibile della persona e della sua famiglia.

Il modello italiano di presa in carico. Il PNRR disatteso?

Il tentativo di realizzare una riforma organica degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti, contemplata dal PNRR, non sembra per ora destinato al successo.

I punti qualificanti della riforma

- formale **individuazione dei livelli essenziali** delle prestazioni per gli anziani non autosufficienti.
- **semplificazione** dell'accesso mediante punti unici di accesso sociosanitario,
- **modalità di riconoscimento** della non autosufficienza basata sul bisogno assistenziale, **valutazione multidimensionale**,
- definizione di un **progetto individualizzato** che individui e finanzia i sostegni necessari in maniera integrata, favorendo la permanenza a domicilio, nell'ottica della **deistituzionalizzazione**;
- potenziamento delle infrastrutture tecnologiche del sistema informativo della non autosufficienza.

La Legge quadro doveva essere anticipata da interventi specifici previsti dal PNRR, con riferimento alle progettualità che rafforzano i servizi sanitari di prossimità e l'assistenza domiciliare, alle azioni finalizzate alla deistituzionalizzazione (circa 300 milioni per finanziare la **riconversione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi**, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato) e al potenziamento dei servizi domiciliari per le dimissioni protette.

Forti resistenze alla de-istituzionalizzazione?

La gestione del personale nel LTC e in particolare nelle RSA

- Il trattamento del personale è iniquo, un problema che non riguarda solo il nostro Paese. Secondo un recente studio (OCSE, 2023) i lavoratori del settore LTC (l'analisi si riferisce a infermieri ed assistenti personali e alla media dei salari rilevati per 31 paesi Ocse) hanno **contratti penalizzanti** e percepiscono in media l'8% in meno dei loro omologhi impiegati nel settore ospedaliero, a fronte di elevati fattori di rischio fisico e mentale, che si attestano al di sopra della media del mercato del lavoro. Secondo un precedente studio OCSE, focalizzato questa volta sull'Italia, **il salario medio per i lavoratori LTC nel nostro Paese è di 9 euro all'ora, rispetto ai 14 euro all'ora per i lavoratori ospedalieri in occupazioni sostanzialmente simili, cioè il 35% di salario in meno.** L'insoddisfazione rispetto alla retribuzione, alle condizioni di lavoro e alle prospettive di carriera, lo stress fisico e mentale correlato ai carichi di lavoro, spesso pesanti, portano a una bassa fidelizzazione (elevato turnover) e a una carenza complessiva di lavoratori nell'assistenza agli anziani (OCSE, 2023 e 2020, Barsanti, 2020).
- In più di due terzi dei paesi dell'OCSE i **compiti degli operatori socio-sanitari** nelle RSA non si limitano alle prestazioni legate alla vita quotidiana (ad esempio, sollevamento dal letto, igiene, aiuto per vestirsi), ma sono spesso coinvolti nel monitoraggio della salute, partecipando all'attuazione dei piani di assistenza e al mantenimento delle cartelle cliniche. Analogamente, in numerosi Paesi OCSE gli **infermieri** che lavorano nel settore LTC **svolgono attività di gestione dei casi**, pur non avendo competenze di geriatria e formazione per la gestione delle relazioni interpersonali (OCSE, 2020, Barsanti, 2020). Mentre la formazione è insufficiente.
- Secondo uno studio condotto in alcune RSA della Toscana, le principali determinanti che possono influenzare la soddisfazione e il coinvolgimento sul lavoro degli infermieri sono: maggiori opportunità formative e di apprendimento, il supporto dei colleghi e del supervisore, la possibilità di prendere decisioni (Sarti, 2014).

Pratiche per migliorare le condizioni lavorative. Il confronto con i Paesi OCSE

Misure messe in atto nei paesi OCSE per migliorare le condizioni lavorative dei professionisti Long-Term Care.

	Aumento salariale permanente	Aumento salariale temporaneo o bonus una tantum	Corsi di formazione obbligatori	Riconoscimento di esperienza professionale in LTC sotto forma di crediti formativi universitari	Campagne di informazione
Italia					
Austria					*
Belgio	*		*		
R. Ceca	*				
Danimarca				*	
Francia	*	*			
Germania	*	*			*
Grecia					
Ungheria	*	*			
Giappone	*	*		*	*
Olanda	*	*			
Norvegia				*	
Polonia				*	
Portogallo					
Slovenia	*	*			
Spagna					
Svezia				*	
Svizzera				*	
Turchia					
Regno Unito				*	
Stati Uniti		*		*	

Fonte: OCSE, 2023

Tranne che in Italia e in pochi altri Paesi, le condizioni lavorative difficili nel settore LTC sono ampiamente riconosciute a livello OCSE. In diversi Paesi sono state messe in atto misure per migliorare le condizioni contrattuali e il riconoscimento sociale delle figure professionali operanti nel settore.

In particolare 16 paesi (9 tra quelli riportati in tabella) hanno aumentato la retribuzione dei professionisti del settore LTC in modo permanente o temporaneo (ad esempio mediante la concessione di bonus una tantum assegnati durante la pandemia per remunerare gli sforzi straordinari richiesti al settore durante la pandemia).

Inoltre 8 paesi hanno riformato il sistema educativo per permettere agli studenti di alcuni corsi universitari di convertire l'esperienza precedentemente maturata nel settore LTC (per es. come assistenti personali) sotto forma di crediti formativi universitari (OCSE, 2023).

Va tuttavia precisato che, anche coerentemente con quanto stabilito dai criteri regionali di accreditamento, in Lombardia e in altre regioni sono stati attivati corsi di formazione obbligatori per il personale RSA, anche se nella maggior parte dei casi il monte ore è risultato insufficiente. Sono state realizzate anche esperienze di aumenti salariali, sia pure in modo non sistematico e con impatto limitato sulle retribuzioni.

Quale ruolo per le RSA

- Le strutture residenziali dovrebbero svolgere una **funzione di raccordo** tra gli ospedali e i servizi presenti nel territorio. Con l'obiettivo, da un lato, di ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e fornire continuità assistenziale nella fase post-acuta (anche per bisogni di lungo periodo), dall'altro, di garantire la connessione con i servizi territoriali e la residenzialità «leggera» per favorire l'individuazione di soluzioni assistenziali personalizzate e limitare l'istituzionalizzazione (Ires Morosini, 2021, UPB, 2024).
- **La realtà è distante da questa impostazione.** In Italia e in Lombardia la rete integrata dei servizi è debole. Le RSA sono organizzate soprattutto per gestire la fase lungodegenziale (come vedremo, senza essere attrezzate sul piano delle risorse umane). Molte strutture non stabiliscono limiti alla lunghezza del ricovero, spesso sono “**case per la vita**” (Comitato nazionale per la Bioetica, 2017).
- Manca una **classificazione nazionale omogenea** delle strutture in base a parametri connessi alle prestazioni fornite, ai bisogni soddisfatti, alle competenze utilizzate e a gli spazi forniti. A questa classificazione dovrebbe essere collegata una revisione e approfondimento degli standard prestazionali richiesti, a cui parametrare anche il calcolo della quota sanitaria, che dovrebbe variare tra 50% e 100% a seconda della classificazione (Ranci, 2024).
- La sfida riguarda anche la progettazione degli Ospedali di Comunità (OdC) in relazione alla domanda da soddisfare e ai servizi da offrire, **evitando duplicazioni con altre strutture**: lungodegenza post acuzie, riabilitazione ospedaliera, RSA, strutture residenziali riabilitative, ecc. In Lombardia, sembra che la tipologia dei pazienti presenti negli OdC funzionanti sia costituita prevalentemente da **persone sub-acute dimesse dalla struttura ospedaliera**, tra cui molti anziani non autosufficienti, una presenza destinata a bloccare i posti letto per oltre 30 gg, indebolendo la sostenibilità degli OdC, considerato l'abbattimento tariffario. Sostenibilità da tenere sotto osservazione, anche in considerazione del fatto che ai **bandi per la gestione di OdC emessi dalle ASST** hanno partecipato prevalentemente gli **enti gestori profit** (Noli, 2024).

Sottodotazione e squilibri nella distribuzione dei posti letto RSA

Al confronto con Germania, Francia e Spagna, in Italia il numero dei posti letto per anziano è sottodimensionato. Per effettuare un efficace confronto occorrerebbe conoscere diversi aspetti: caratteristiche e dimensione delle strutture, ragione giuridica e affidatari della gestione, valore delle rette in relazione al potere di acquisto delle famiglie, le alternative alle rsa, la rete dei servizi erogati alle persone non autosufficienti.....

In Italia la distribuzione geografica risulta fortemente sbilanciata.

Dei 212.874 p. I. per anziani in strutture sanitarie rilevati nel 2022 dal Ministero della Salute (+5% rispetto al 2019):

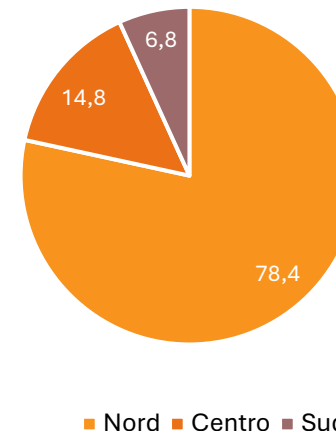
il 78,4% è ubicato nel Nord,

il 14,8% nel Centro

il 6,8% nel Sud.

Il 28,3% dei p. I. (59.646) è ubicato in Lombardia.

La distribuzione dei posti letto per area geografica v. %



Ministero della Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2022, Roma, 2023)

Sempre nel 2022 gli utenti anziani erano in totale 302.546 (pari circa il 7,6% degli over65 stimati come non autosufficienti), di cui:

il 73,8% ospiti in strutture del Nord;

il 18,1% nel Centro e l'8,1% nel Sud.

A livello Italia, la quota % di over80 ospiti delle RSA è pari al 76,9% (1° gennaio 2022).

(ISTAT, Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie - 1° gennaio 2022, Roma 2023)

Crescita del profit

La titolarità delle strutture

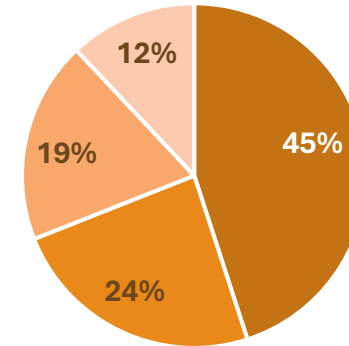
I dati riportati accanto si riferiscono al totale delle strutture residenziali

Nell'88% delle residenze i titolari gestiscono direttamente il presidio, nel 10% i titolari danno in gestione le loro strutture ad altri enti, nei restanti casi (2%) il presidio viene gestito in forma mista.

La gestione è affidata prevalentemente a organismi di natura privata (75% dei casi), soprattutto di tipo non profit (51%); il 12% delle residenze è gestita da enti di natura religiosa e circa il 13% dal settore pubblico.

(ISTAT, Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie – 1° gennaio 2022, Roma 2023)

La titolarità delle strutture residenziali al 1° gennaio 2022 - ISTAT



■ Non profit ■ Privato ■ Pubblico ■ Enti religiosi

Nel nostro Paese, a partire dalla fine degli anni '90 si è verificato un percorso di aggregazione all'interno dei grandi gruppi del settore, con processi di acquisizione di strutture più piccole e solo in parte di costruzione di nuove. Il numero delle piccole strutture tende costantemente a diminuire. Il privato profit cresce anche per l'ingresso di grandi gruppi e di fondi di investimento immobiliari interessati agli edifici, perché ottengono un rendimento dal canone di locazione. Secondo Scenari Immobiliari, nel 2022 i fondi immobiliari hanno investito circa 400 milioni di euro in questo settore. Ubi Banca stima che il picco di investimenti sia stato nel 2017, con transazioni per 550 milioni di euro; quasi la metà degli investimenti, il 45,7%, ha interessato la Lombardia ([Gainsforth, Sina, 2023](#)).

La redditività per i gestori dipende dalla capacità di generare economie di scala: strutture «ottimali» con 100-200 posti letto.

Uno scenario che non si coniuga con l'idea di un'assistenza residenziale meno centralizzata in grandi strutture e più diffusa sul territorio. Puntare a una rete di cura con modelli di assistenza integrati e leggeri, ricalibrando il ruolo delle strutture fisiche per non ripetere la logica ospedaliera di accentramento dei servizi? ([Gainsforth, Sina, 2023](#)).

Le sfide. Una popolazione longeva ma non in salute

L'indagine Europea EHIS sulla salute della popolazione (European Health Interview Survey – EHIS) conferma che in Italia i tassi di non autosufficienza sono superiori rispetto alla media UE. In particolare, la percentuale di persone di età pari o superiore ai 65 anni che riporta difficoltà nelle attività di cura della persona o nelle attività domestiche in Italia supera la media UE quando si guarda a livelli di difficoltà grave e alla popolazione più anziana (75 anni e più). In Italia il 28,8% degli intervistati riporta di avere difficoltà gravi nelle attività di cura della persona o nelle attività domestiche, contro il 26,6% in media nell'UE. In particolare, rispettivamente il 18,4% e il 43,9% di Italiani di età pari o superiore ai 75 anni riporta di avere gravi limitazioni ADL e IADL, mentre la media UE di tale indicatore si attesta rispettivamente a 14% e 38,3% (OCSE, 2023).

Circa un terzo degli over 75 presenta una grave limitazione dell'autonomia e per un anziano su 10 questa incide sia sulle attività quotidiane di cura personale che su quelle della vita domestica (8,5% nell'Ue22) (ISTAT, 2021).

Percentuale di persone anziane (65 anni e più) con difficoltà nelle attività di cura della persona o nelle attività domestiche, per livello di difficoltà e per gruppo di età, in una selezione di paesi dell'UE, 2019

Paesi	Difficoltà nelle attività di cura della persona o nelle attività domestiche			Gravi ADL			Gravi IADL		
	Nessuna	Moderata	Grave	65-74	75 e più	Totale	65-74	75 e più	Totale
	valori percentuali								
Italia	52,0	19,1	28,8	2,6	18,4	10,6	12,3	43,9	28,2
Ue (27)	50,3	23,1	26,6	3,3	14,0	8,4	14,7	38,3	25,8
Austria	54,9	18,0	27,1	2,6	19,3	10,8	10,5	43,1	26,5
Belgio	52,6	17,5	29,9	4,1	19,8	11,4	15,6	45,4	29,3
Danimarca	62,8	22,3	15	0,9	6,9	3,5	7,6	23,5	14,4
Finlandia	54,7	27,1	18,2	1,9	7,9	4,4	8,7	29,6	17,2
Francia	57,3	21,2	21,5	3,5	12,1	7,3	11,8	30,7	20,1
Germania	55,7	27,0	17,3	3,7	9,2	6,6	8,0	23,5	16,2
Grecia	49,3	21,7	29	3,3	15,1	9,3	13,6	44,0	28,9
Irlanda	59,8	19,4	20,8	1,9	7,7	4,2	12,2	34,1	20,8
Malta	52,9	24,5	22,6	1,1	6,8	3,3	13,3	37,9	22,6
Olanda	41,1	32,0	26,9	4,2	14,9	8,5	16,9	39,0	25,9
Polonia	36,2	27,9	35,9	3,9	16,4	8,9	20,4	58,1	35,5
Portogallo	47,5	19,9	32,7	2,7	16,5	9,4	18,0	46,3	31,6
Slovenia	54,0	16,5	29,5	2,8	16,3	9,0	13,7	46,8	28,9
Spagna	56,3	14,8	28,9	3,2	16,3	9,5	14,6	43,0	28,4
Svezia	61,8	26,0	12,3	1,3	7,3	4,0	5,6	19,1	11,8

Fonte: OCSE

Le tendenze dell'invecchiamento in Lombardia.

L'invecchiamento in Lombardia per comprensorio - 1° gennaio 2024

Nel 2024 in sette capoluoghi lombardi (Como, Cremona, Lecco, Mantova, Pavia, Sondrio e Varese) quasi un residente su 10 è over80. Bergamo, Brescia e Milano sono molto vicini a questo traguardo.

Le proiezioni ISTAT a livello Lombardia (scenario mediano):

- *gli over80 nel 2033*: circa 900mila (+18,2% sul 2023)
- *gli over65 nel 2033*: 2,8 milioni (+20,7% sul 2023)

Dati.istat.it [Previsioni della popolazione - Anni 2023-2080](#)

Dalla speranza di vita segnali incoraggianti. In Lombardia nel 2009/2023 la speranza di vita a 65 anni cresce progressivamente, con l'unica eccezione del 2020 (anno Covid); da 19,9 a 21,4 anni; nello stesso periodo gli anni vissuti con limitazioni rispetto alla speranza di vita sono praticamente invariati: da 10,1 a 10,2.

Ciò significa, riprendendo l'interpretazione di un recente studio, **che l'età di esordio di cattiva salute soggettiva e di limitazioni funzionali si sposta in avanti, compensando l'invecchiamento progressivo della popolazione** e mantenendo invariato il carico medio di salute compromessa a vantaggio della sostenibilità sociale e sanitaria dell'invecchiamento (Costa e Di Girolamo, 2023). Un dato coerente con le rilevazioni sulla spesa per LTC effettuate dalla RGS, in base alle quali, tra il 2010 e il 2020 si sarebbe verificata una ricomposizione della spesa, con un incremento della quota relativa agli over80 e una riduzione per quelli nella fascia 65-79 anni (RGS, 2023).

Comprensorio	% Over65	% donne Over65	% Over80	Stima N. N.a 2022
Bergamo	22,4	55,1	6,7	55.326
Brescia	22,6	55,7	7,2	58.597
Como	24,1	56,0	7,7	34.228
Cremona	25,3	55,6	8,2	21.273
Lecco	25,2	55,2	8,0	19.934
Lodi	22,6	55,6	6,9	12.291
Mantova	24,4	56,2	7,9	23.906
Milano	22,8	57,6	8,0	153.127
Monza e della Brianza	23,5	56,0	7,6	48.939
Pavia	25,2	56,4	8,3	32.531
Sondrio	25,3	55,4	8,0	10.684
Ticino Olona	23,7	56,0	7,3	26.493
Vallecamonica	24,2	54,6	7,3	12.817
Varese	24,7	56,4	8,2	52.072
TOTALE	23,5	56,3	7,7	562.218

	Over 65 anni			Over 80 anni		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2023	1.031.895	1.327.462	2.359.357	283.699	475.401	759.100
2033	1.271.841	1.537.464	2.809.305	358.591	538.561	897.152
var. %	+25,5	+17,0	+20,7	+26,4	+13,3	+18,2

Elaborazioni su dati ISTAT.

Il rischio sociale di non autosufficienza. Il welfare familistico si sta indebolendo

Il progressivo invecchiamento della popolazione è accompagnato da sensibili trasformazioni in seno alla struttura familiare (forte crescita delle persone che vivono sole e riduzione delle reti di parentela) e dall'aumento dell'occupazione femminile.

Nel 2009/23 gli over60 lombardi che vivono soli sono aumentati da 603mila a 796mila (+32%).

Comprensorio	Indice Osr 2024		Nuclei monofamiliari		Nuclei familiari allargati	
	2014	2024	2011	2021	2011	2021
	pop. 50-74 anni/over85		valori %			
Bergamo	14,4	11,9	30,7	34,8	5,5	4,9
Brescia	12,1	10,4	29,2	33,0	5,8	5,4
Como	12,5	10,1	32,2	36,3	4,4	4,1
Cremona	11,2	10,0	27,4	30,7	5,7	5,2
Lecco	12,5	10,3	31,8	36,1	5,0	4,5
Lodi	15,2	12,6	27,1	30,7	5,1	4,8
Mantova	8,6	8,6	26,6	30,7	6,4	5,7
Milano	16,4	11,4	27,8	33,0	4,0	4,1
Monza	13,6	10,1	27,3	32,0	4,3	4,1
Pavia	10,2	9,5	34,1	37,1	3,7	3,7
Sondrio	11,4	9,9	34,5	38,3	4,5	4,0
Ticino Olona	13,8	10,9	27,0	31,4	4,2	4,3
Vallecamonica	12,8	10,5	33,5	37,1	4,4	4,0
Varese	11,9	9,7	30,1	33,9	4,7	4,3
Totale	12,5	10,5	30,5	34,4	4,9	4,5

I dati disponibili per Comprensorio CGIL mostrano l'evoluzione di alcuni indicatori. L'indice Oldest Support Ratio (OSR), definito come rapporto tra la popolazione appartenente alla classe 50-74 anni e la classe over 85, fornisce informazioni sul numero di persone (moglie/marito, figlie o figli), potenzialmente in grado di garantire cure informali per ciascun grande vecchio. A livello regionale, al 1° gennaio 2024 tale indice era pari a 10,5, un valore inferiore al 12,5 rilevato nel 2014, a indicare il progressivo ridimensionamento delle persone che in genere forniscono aiuto agli anziani non autosufficienti. Nel 2011/2021 la percentuale dei nuclei monofamiliari sul totale era pari in Lombardia al 30,5%, un valore che aumenta fino al 34,4% dieci anni dopo. Al contrario, la percentuale di nuclei familiari allargati (con 5 o più componenti) diminuisce dal 4,9 al 4,5%.

La partecipazione delle donne al mercato del lavoro

- La capacità della famiglia di accudire gli anziani non autosufficienti è indebolita anche dalla crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro, e dalle difficoltà di conciliazione tra la vita professionale e quella familiare.
- *Gli effetti dell'innalzamento dell'età lavorativa.* Nel 2009/23 nel **Nord Ovest** il tasso di occupazione femminile (15 – 64 anni) è cresciuto da 55,7 a circa il 61,3, cioè di 5,6 punti percentuali. Nello stesso periodo il **tasso di occupazione riferito alla componente femminile più anziana (50 – 64 anni)**, sulla quale ricade maggiormente il peso della cura alle persone non autosufficienti, **è cresciuto di ben 22 punti percentuali, dal 38% al 59,9%.**

Il Tasso di occupazione femminile – anni 2018 - 2023

	2018	2023	2018	2023
	15-64 anni		50 - 64 anni	
Lombardia	59,6	61,9	56,3	59,9
Varese	59,9	61,7	59,1	63,3
Como	58,2	62,0	53,6	60,2
Sondrio	56,7	57,5	52,9	51,7
Milano	64,1	65,8	62,7	63,8
Bergamo	54,8	57,4	46,9	55,4
Brescia	55,0	56,2	53,1	48,3
Pavia	60,6	60,2	56,9	63,1
Cremona	57,4	59,3	52,1	56,4
Mantova	56,6	60,4	51,4	60,0
Lecco	60,7	59,9	53,5	56,5
Lodi	55,5	59,5	49,7	58,1
Monza e della Brianza	59,3	66,8	54,9	66,6

Sulla base dei dati disponibili a livello territoriale, si osserva che nell'ultimo quinquennio il tasso di occupazione femminile (15-64 anni) è cresciuto in Lombardia di 2,3 punti percentuali, quello femminile compreso tra 50 e 64 anni è cresciuto di 3,6 punti percentuali, dal 56,3 al 59,9.

A livello provinciale il tasso riferito alla componente femminile più anziana è cresciuto soprattutto a **Monza (+11,7 punti percentuali), Mantova (+8,6), Bergamo (+8,5) e Lodi (+8,4).**

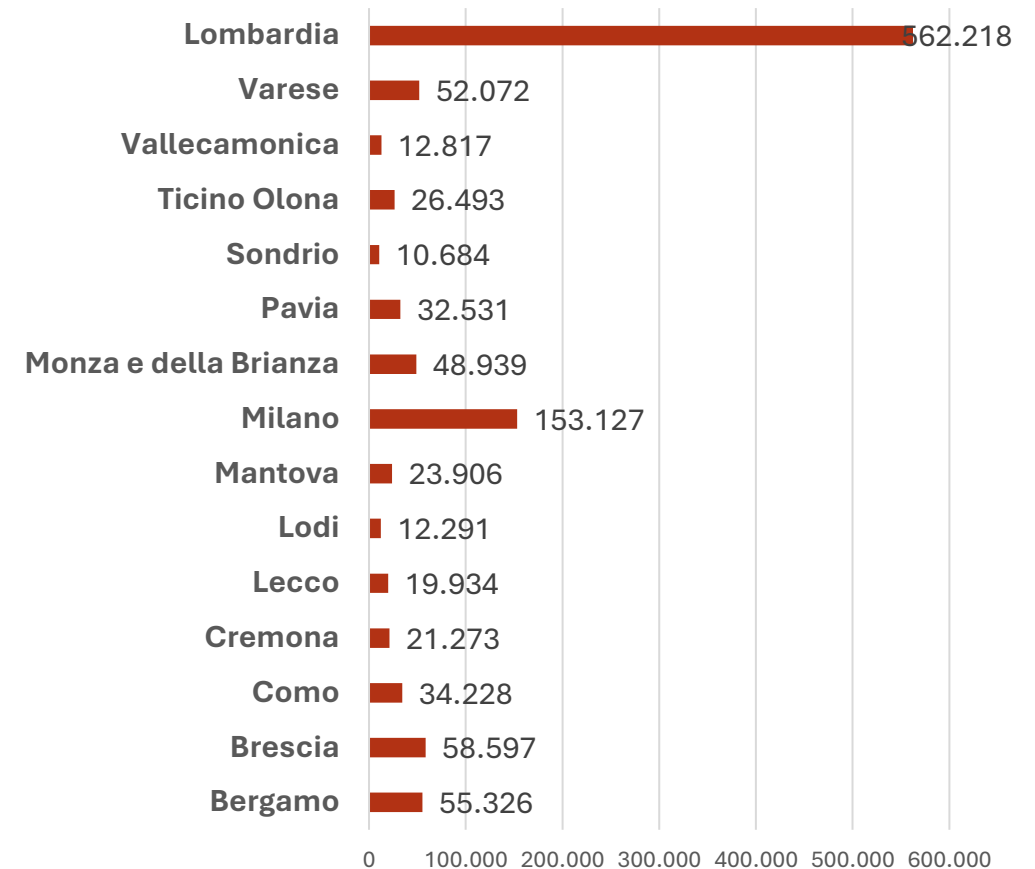
Le stime della Non autosufficienza in Lombardia per comprensorio CGIL

Il numero degli anziani non autosufficienti non è conosciuto, tuttavia i dati ISTAT* sulle condizioni di salute degli over65 (riferiti al 2019) consentono di stimare, relativamente all'anno 2022, la presenza nella nostra regione di circa **562mila anziani con gravi difficoltà nelle attività funzionali di base (motorie, sensoriali o cognitive)**; condizioni cliniche che spesso vengono associate alla non autosufficienza (Cergas Bocconi, 2024). In valori assoluti, il fenomeno è più rilevante nell'area metropolitana di Milano (circa 153mila unità); in termini relativi, le percentuali di over65 non autosufficienti più alte si hanno nei comprensori di Sondrio, Cremona, Lecco e Pavia.

Ulteriori dati che approssimano la condizione di non autosufficienza provengono dall'INPS e in particolare dalle informazioni sulle indennità di accompagnamento erogate a persone residenti in Lombardia. Nel 2024 il loro numero è di circa 312mila, in crescita di 6mila unità (+2,1%) sul 2020.

*La classificazione proposta da ISTAT (2021) nell'indagine europea Ehis risulta la fonte più accurata per cogliere le limitazioni gravi tra la popolazione over65 e approssimare il numero di persone non autosufficienti. Secondo l'ISTAT, nel 2019 tali limitazioni nelle attività funzionali di base risultano interessare il 24,4% della popolazione anziana lombarda. Applicando questo valore percentuale alla popolazione over65, ricaviamo la quota degli anziani non autosufficienti.

Stima n. Non autosufficienti over 65 – 2022



Domanda e offerta nel sistema Non autosufficienza in Lombardia

- L'assistenza agli anziani non autosufficienti si basa in gran parte sull'**aiuto informale fornito dalla famiglia o da assistenti familiari**.
- Relativamente al 2022, in Lombardia 85mila anziani sono utenti di RSA; cioè circa il 15,1% dei 562mila over65 non autosufficienti stimati per la nostra regione. Dati ISTAT relativi al 2022 indicano per l'81% degli ospiti RSA un'età pari o superiore a 80 anni.
- Tra i 477mila anziani non autosufficienti che non usufruiscono delle RSA, circa 147mila ricevono l'ADI (Cure domiciliari): un servizio che si è rivelato insufficiente a garantire cure continuative adeguate, tenuto conto che, secondo statistiche riferite a livello Italia, mediamente ciascun utente anziano riceve in un anno solo 16 ore di cure (erano 18 ore nel 2018). Inoltre, relativamente alla Lombardia, nel 2023, circa il 65% delle cure domiciliari attivate risultano costituite da visite domiciliari di carattere episodico (con cartella aperta e chiusa nello stesso giorno), mentre gli interventi ad alta intensità di cura risultano nettamente più bassi di quelli rilevati nella maggior parte delle Regioni (Ministero della Salute, 2024, Italia Longeva, 2024).
- Per quanto riguarda il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) erogato dai comuni lombardi attraverso gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), gli utenti anziani rilevati nel 2021 erano solo 24.210, in diminuzione dell'11% rispetto al 2019 (dati.Istat.it – Assistenza e previdenza).
- In Lombardia il numero di percettori over65 di Indennità di Accompagnamento è pari a circa 220mila unità nel 2022 (INPS), il che equivale al 39% dei 562mila anziani non autosufficienti stimati. .
- Il numero di assistenti familiari regolari è di 70.322 (Osservatorio Domina, 2024), la quota totale (regolari e irregolari) può essere stimata in circa 117.200 unità, in base al rapporto 40-60 tra lavoratori regolari e irregolari (Fosti, G., E. Notarnicola and E. Perobelli, 2023).

Domanda e offerta nel sistema non autosufficienza in Lombardia/1

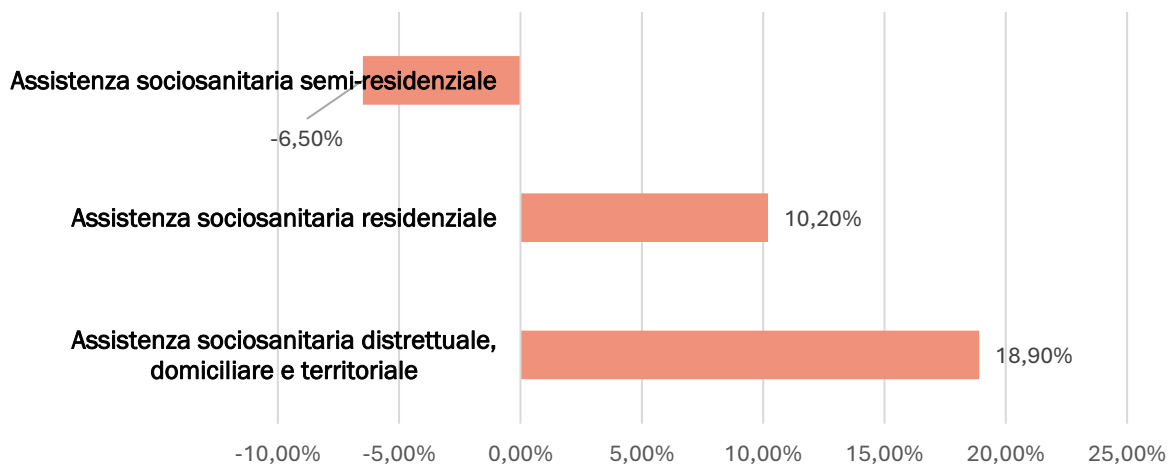
- **L'integrazione o il raccordo tra prestazioni** è notevolmente limitata e rappresenta un'area di miglioramento significativa. In particolare la connessione tra il settore formale e informale dell'assistenza domiciliare si pone come criticità di rilievo. Problema che limita l'efficacia e la sostenibilità dei servizi forniti. **Non è percepibile una "sistema a rete"** che garantisca un'assistenza continua e globale ad una domanda sempre più complessa e flessibile. Manca la messa in rete di: servizi pubblici (ADI e SAD, RSA, Centri diurni), MMG, dimissioni protette, trasferimenti monetari – caregiver informali (familiari) e assistenti familiari.
- **La RSA è il servizio in posizione dominante:** organizza in proprio la valutazione per l'accesso ai servizi residenziali, mantiene ampi margini di discrezionalità nell'organizzazione delle attività. Il coordinamento a livello regionale appare fortemente carente. (Ires Morosini, 2021).
- **La rigida separazione tra ADI e SAD** (Aziende sanitarie e Ambiti territoriali sociali) indebolisce fortemente la capacità dell'assistenza domiciliare di fornire risposte efficaci alla complessità dei bisogni della persona non autosufficiente e della propria famiglia (Cergas Bocconi, 2024, Ranci, Intervista, 2024).
- **Presenza non adeguata e non sistematica di elementi facilitatori:** presa in carico continuativa, accompagnamento ai servizi, infermiere di famiglia, case manager per il coordinamento delle figure che si occupano delle persone non autosufficienti, sollievo alle famiglie, promozione di interventi per la conciliazione dei tempi di cura con i tempi di lavoro e di studio.
- Affinché le RSA non diventino "contenitori di ogni disagio" è necessario **potenziare tutta la filiera della cura e della presa in carico.** Le RSA vanno ripensate e il loro ruolo specifico andrebbe collocato nel continuum assistenziale, come elemento complementare e sinergico delle cure territoriali, delle cure primarie, delle cure specialistiche e ospedaliere, rivolte a favore degli anziani in condizioni croniche complesse e avanzate (fragilità, dipendenza funzionale, vulnerabilità e multi morbidità) (Negrini, Intervista 2024).

La spesa delle Regioni per gli interventi socio-sanitari

Intervento	LOMBARDIA		VENETO		TOSCANA		PIEMONTE		E. ROMAGNA	
	Spesa 2022 v.a.	Spesa pro capite	Spesa 2022 v.a.	Spesa pro capite	Spesa 2022 v.a.	Spesa pro capite	Spesa 2022 v.a.	Spesa pro capite	Spesa 2022 v.a.	Spesa pro capite
Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale	1.013.226.857	102	495.465.742	102	472.929.107	129	354.182.744	83	600.448.666	135
Assistenza sociosanitaria residenziale	1.701.725.001	170,6	835.536.642	172,3	450.166.091	122,9	641.799.606	151	728.139.800	164,1
Assistenza sociosanitaria semi-residenziale	206.801.840	20,7	164.757.271	34	76.417.924	21	91.033.536	21	124.003.285	28
Totale	2.921.753.698	292,9	1.495.759.655	308,5	999.513.122	272,9	1.087.015.887	255,7	1.452.591.751	327,3

Elaborazioni su dati openBDAP e ISTAT (popolazione)

La variazione % della spesa nel 2019/22. Lombardia



Nel 2022 la spesa pro capite per gli interventi socio-sanitari («Assistenza sociosanitaria distrettuale domiciliare e territoriale», «Assistenza sociosanitaria residenziale» «Assistenza sociosanitaria semi-residenziale»), pari complessivamente a 293 € in Lombardia, è più bassa di quella rilevata per E. Romagna (327 €) e Veneto (308 €), e più alta invece di Toscana (273 €) e Piemonte (256 €).

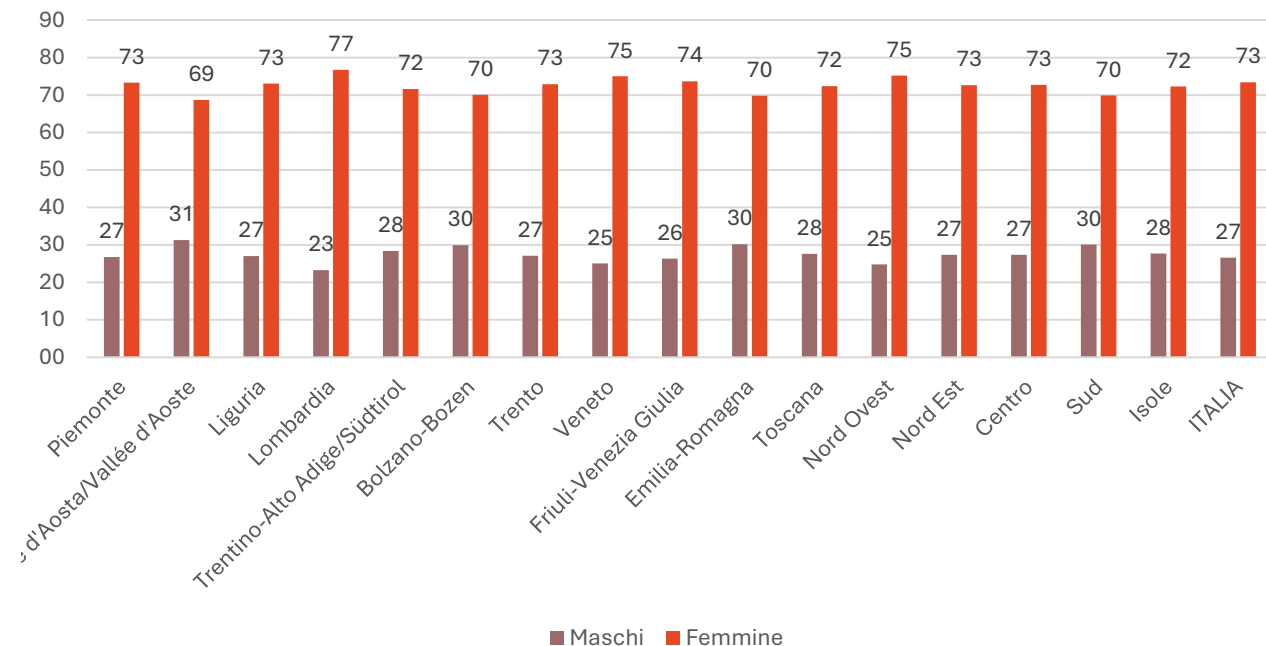
La Lombardia si distingue per una più elevata quota di risorse pro capite destinate ai servizi residenziali (sebbene i valori di spesa rilevati a favore di questi interventi per Veneto ed Emilia Romagna si avvicinino al parametro lombardo) e per una più contenuta copertura finanziaria per l'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale.

L'81% degli ospiti anziani nelle RSA lombarde è over 80.

Composizione degli anziani ospiti nelle strutture residenziali e socio-sanitarie per classi di età v. % - al 1° gennaio 2022

Regione	Classe di età				Totale	over 80
	da 65 a 74	da 75 a 79	da 80 a 84	85 e più		
	valori percentuali					
Piemonte	10.2	11.7	23.2	55.0	100	78.2
Valle d'Aosta	13.9	14.6	20.5	51.0	100	71.4
Liguria	11.2	11.4	24.4	53.0	100	77.4
Lombardia	9.4	9.6	20.4	60.6	100	81.0
Trentino-A. A.	11.6	10.8	18.7	59.0	100	77.6
Bolzano	11.8	12.0	19.1	57.1	100	76.2
Trento	11.4	9.8	18.3	60.5	100	78.8
Veneto	10.8	11.3	19.8	58.0	100	77.9
Friuli-Venezia Giulia	10.8	12.3	21.2	55.6	100	76.9
Emilia-Romagna	9.4	11.2	23.5	55.8	100	79.4
Toscana	13.0	12.1	20.6	54.2	100	74.9
Nord Ovest	6.5	14.3	48.5	30.7	100	79.6
Nord Est	8.8	18.6	39.3	33.4	100	78.3
Centro	14.3	30.5	37.5	17.7	100	74.2
Sud	12.7	29.4	42.6	15.2	100	68.6
Isole	18.6	31.1	39.1	11.2	100	70.0
ITALIA	10.0	21.1	42.8	26.1	100	76.9

Composizione degli anziani ospiti nelle strutture residenziali e socio-sanitarie per sesso v. % - al 1° gennaio 2022



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT, Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie al 1° gennaio 2022

In Lombardia si rileva la più alta percentuale di over80 e di donne ospiti delle strutture residenziali, pari rispettivamente all'81% e al 77%.

La concentrazione delle strutture.

ENTE GESTORE	N. RSA
KOS CARE S.R.L.	19
GRUPPO GHERON SRL	14
SEGESTA GESTIONI SRL	14
CROCE DI MALTA SRL	12
COOPERATIVA SOCIALE COOPSELIOS SOCIETA' COOPERATIVA ONLUS	9
ISTITUTO DELLE FIGLIE DI SANTA MARIA DELLA DIVINA PROVVIDENZA	9
KCS CAREGIVER COOPERATIVA SOCIALE	9
COOPERATIVA SOCIALE SOCIETA' DOLCE SOCIETA' COOPERATIVA	8
SERENI ORIZZONTI 1 SPA	7
UNIVERSIIS SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	7
ZAFFIRO NORD S.R.L.	7
COOPERATIVA SOCIALE QUADRIFOGLIO S.C. ONLUS	6
FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ONLUS	6
LA VILLA SRL	6
CODESS SOCIALE SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	5
EDOS SRL	5
FONDAZIONE ISTITUTO SACRA FAMIGLIA ONLUS	5
MARINER UNO S.R.L.	5
OPERA CHARITAS S. ANNA	5
OPERA PIA FRANCESCA COLLEONI DE MAESTRI - IMPRESA SOCIALE	5
PROVINCIA ITALIANA DELLA CONGREGAZIONE DEI SERVI DELLA CARITA' - OPERA DON GUANELLA	5
RSA OASI CERRO SRL	5
SODALITAS SOCIETA' COOPERATIVA A RESPONSABILITA' LIMITATA	5
SOLIDARIETA' SRL	5

→ 24 Enti gestori o Gruppi gestiscono ciascuno almeno 5 strutture. Le strutture imprenditoriali (Srl) che gestiscono più di dieci strutture sono 4, ma gli assetti proprietari non sono di facile comprensione. Il peso delle cooperative sociali è elevato.

→ Non è facile monitorare la crescita del settore for profit. In diversi casi gli investitori privati investono secondo la logica del project financing e affidano la gestione delle strutture alle cooperative.

Dinamiche finanziarie e patrimoniali.

Azienda/Organizzazione	Valore aggiunto 2023	Valore aggiunto 2022	MOL 2023	MOL 2022	Valore della produzione 2023	Valore della produzione 2022	Patrimonio netto 2023	Patrimonio netto 2022	Utile/perdita 2023	Utile/perdita 2022	Dipendenti 2023*
SANTA CHIARA SRL	7.547.787	8.038.974	1.564.722	2.127.994	19.239.745	19.579.466	2.925.555	2.566.066	378.593	181.947	169
KOS	256.813.386	222.369.762	59.576.465	33.983.958	453.832.784	408.039.157	240.770.849	232.536.570	8.234.279	-10.319.003	5.261
COOPSELIOS	81.697.412	77.577.593	2.656.898	2.177.381	130.549.755	127.210.677	42.329.336	42.263.585	514.691	42.265	3.072
CROCE DI MALTA	15.464.626	15.035.382	6.310.729	5.963.999	62.179.583	60.044.757	10.765.138	9.168.700	1.596.438	1.777.267	291
SERENI ORIZZONTI	89.078.585	73.829.821	26.318.165	17.668.691	163.176.525	136.385.379	129.356.339	138.260.236	7.185.013	3.141.854	2.233
AZIENDA SPECIALE COMUNE DI CONCESIO	1.729.877	1.806.574	115.237	179.128	2.718.194	2.655.386	676.135	698.731	3.691	3.822	44
CREMONA SOLIDALE	15.363.044	14.855.249	810.493	620.103	23.485.471	22.875.024	4.665.198	4.826.618	480.012	217.759	410
RESIDENZA ALLA PACE - COOP SERVIZI E SOLIDARIETA' SOCIALE	1.436.838	1.371.452	248.706	176.840	1.963.738	1.899.978	516.992	394.652	127.443	63.223	42
RESIDENZE DEL SOLE - CONSORZIO SOCIALE SOC - COOP	785.437	499.799	459.289	122.266	7.120.469	6.626.582	1.527.915	1.142.899	386.610	53.138	8
EMMAUS SRL	18.057.426	17.120.322	3.981.560	3.665.101	29.646.339	28.088.690	5.538.941	5.133.698	1.053.099	1.204.703	459

Il 2022 e il 2023 sono stati anni difficili anche per i gestori delle RSA, soprattutto a causa delle dinamiche inflattive. Ad ogni modo, i rendiconti 2023 dei 10 enti considerati riportano sia il valore della produzione sia l'utile di bilancio in aumento rispetto all'anno precedente, con l'eccezione di Kos (che ha registrato perdite nel 2022). Da sottolineare che, nonostante le perdite rilevate nel 2022, Kos nell'anno successivo ha incrementato il valore del patrimonio netto. In 8 casi su 10 anche il MOL (Margine operativo Lordo) e il valore del patrimonio netto crescono al confronto con il 2022.

Dinamiche finanziarie e patrimoniali.

Azienda/Organizzazione	ROE 2023	ROE 2022	ROS 2023	ROS 2022	ROI 2023	ROI 2022	Utile/ricavi netti 2023	Utile/ricavi netti 2022
SANTA CHIARA SRL	12,9%	7,1%	3,7%	2,3%	5,3%	3,4%	3,7%	2,3%
KOS	3,4%	-4,4%	5,1%	-0,6%	3,5%	-0,4%	5,1%	-0,6%
COOPSELIOS	1,2%	0,1%	1,6%	0,7%	1,5%	0,6%	1,6%	0,7%
CROCE DI MALTA	14,8%	19,4%	4,7%	5,0%	7,4%	7,9%	4,7%	5,0%
SERENI ORIZZONTI	5,6%	2,3%	8,6%	5,5%	5,6%	2,7%	8,6%	5,5%
AZIENDA SPECIALE COMUNE DI CONCESIO	0,5%	0,5%	1,3%	3,8%	1,5%	4,5%	1,3%	3,8%
CREMONA SOLIDALE	10,3%	4,5%	2,3%	1,3%	5,5%	2,9%	2,3%	1,3%
RESIDENZA ALLA PACE - COOP SERVIZI E SOLIDARIETA' SOCIALE	24,7%	16,0%	7,6%	4,4%	7,3%	4,3%	7,6%	4,4%
RESIDENZE DEL SOLE - CONSORZIO SOCIALE SOC - COOP	25,3%	4,6%	5,7%	0,8%	11,4%	2,0%	5,7%	0,8%
EMMAUS SRL	19,0%	23,5%	5,7%	6,2%	16,0%	18,6%	5,7%	6,2%

Il ROE, un indice che esprime il risultato dell'esercizio in rapporto al patrimonio netto, tra il 2022 e il 2023 è aumentato per 6 delle 10 società prese in esame; il ROS, che esprime il risultato operativo (differenza tra valore e costi della produzione) in rapporto ai ricavi netti, è aumentato in 8 società; il ROI, dato dal rapporto tra il risultato dell'esercizio e il capitale investito è aumentato in sette società; infine anche l'incidenza dell'utile sui ricavi è aumentata in sette società..

Per alcuni enti già osservati nella precedente indagine, quali l'Azienda speciale Comune di Concesio, Sereni Orizzonti, Cremona Solidale e Coopeselios, l'incidenza degli utili sui ricavi rilevata nel 2023 risulta superiore anche al dato del 2019.

Il numero dei dipendenti riportato nel rendiconto è pari complessivamente a 11.989 unità. Tuttavia il dato sul personale è da ritenersi solo indicativo: è infatti probabile che in alcuni casi gli enti facciano ricorso a esternalizzazioni per la gestione delle risorse umane, e in conseguenza la spesa per il personale è riportata non nei costi diretti, ma nell'acquisto di servizi.

Le RSA in Lombardia. Peculiarità del modello e limiti strutturali

Va ricordato che queste strutture fanno parte del Servizio Sanitario Nazionale. I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) prevedono, fra le misure di integrazione socio-sanitaria, anche i ricoveri degli anziani.

A partire dal processo di riforma della sanità lombarda iniziato nel 2001, la gestione delle RSA da parte del pubblico è progressivamente venuta meno. Prima del riordino delle IPAB avviato con la L.r. 1/2003, quasi il 60% delle RSA (o strutture assimilabili ad esse) erano di proprietà e gestione pubblica); tra il 2001 e il 2004 si è realizzato un drastico ridimensionamento di questa forma proprietaria (16%), che è proseguito sino ai giorni nostri. Nel 2010 le Rsa pubbliche costituivano il 12%, nel 2020 l'8% (Ires Morosini, 2021), oggi l'incidenza di questa forma proprietaria è scesa al 6% (Osservatorio RSA, SPI CGIL Lombardia).

L'attuale configurazione è la diretta conseguenza del processo di riforma che ha puntato al superamento del modello dello "stato sociale" e all'introduzione del "quasi mercato": in sostanza, diversi erogatori – pubblici e privati accreditati dalla Regione stessa – competono da anni tra loro per attrarre l'utente.

Le ATS, pur rinunciando nella maggior parte dei casi a gestire direttamente i presidi residenziali per non autosufficienti mantengono, almeno sulla carta, un ruolo di programmazione, acquisto delle prestazioni e controllo. In particolare, il pubblico assume il compito di autorizzare al funzionamento le strutture che rispettano i requisiti strutturali/gestionali e accreditare i posti letto sulla base del fabbisogno espresso a livello di ATS. Dal lato della domanda, chiunque può richiedere il ricovero in struttura. Dal lato dell'offerta il modello lombardo è «chiuso», e oggi è messo a dura prova dal «decreto Concorrenza», la cui applicazione è stata prorogata anche a causa delle difficoltà della Regione Lombardia di adeguarsi a nuove regole in materia di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private. Le Regioni infatti dovranno garantire a tutti gli operatori privati accreditati pari opportunità di accesso al mercato delle prestazioni sanitarie per conto del servizio pubblico. (SPI, FP CGIL Lombardia, 2024)

La Regione Lombardia non svolge dunque un ruolo pro-attivo nel tentativo di governare la domanda, per cercare di garantire equità e appropriatezza nell'allocazione degli interventi pubblici (diretti e accreditati) (Ires Morosini, 2021). E tale assenza di vincoli non è una costante nelle altre regioni italiane (UPB, 2024).

Il sistema RSA in Lombardia. Un tentativo di sintesi

- Prevale la forte attenzione al **governo dell'offerta**. La contrattualizzazione con le RSA accreditate riguarda soprattutto i posti letto. L'accesso dell'utenza in struttura è in sostanza libero. In mancanza della valutazione effettuata da un organismo pubblico (Unità Valutativa Multidimensionale) per l'accesso alle prestazioni rese presso i servizi socio-sanitari (governo della domanda), è alto il rischio che una percentuale importante di persone bisognose di cure non venga collocata nel servizio più appropriato. Inoltre, in assenza di una regia pubblica, molte RSA realizzano politiche di diversificazione e differenziazione dei servizi offerti (RSA aperta, ADI, SAD...), cercando in questo modo anche di "fidelizzare" nuovi segmenti di utenza, utenti che in futuro possono essere poi bisognosi anche di una risposta residenziale.
- Negli ultimi anni **l'età media d'ingresso degli anziani in RSA si è alzata considerevolmente** e le strutture hanno aumentato l'intensità sanitaria delle cure, pur in presenza della contrazione del personale sanitario (Ranci, Intervista 2024, Ires Morosini, 2021).
- Le **carenze nella filiera dei servizi** di contrasto alla non autosufficienza e il **deficit di regole e criteri** per la classificazione delle attività e del tipo di bisogno cui le RSA possono rispondere, generano tuttavia problemi: «le RSA hanno la facoltà di scegliere chi accede al servizio, discrezionalità che può produrre effetti negativi sull'appropriatezza delle cure» (SPI Lombardia, Intervista, 2024). «Non sempre hanno accesso alle RSA le persone più bisognose, ma è difficile superare le resistenze a livello locale, perché gran parte delle RSA ha una storia legata ai comuni dove sono sorte...» (Amministratore di RSA provincia di Sondrio, Intervista, 2024). «Sulle RSA, vengono scaricate le mancanze del SSR, poiché si fanno carico di anziani con patologie impattanti e molto complesse nella gestione, come l'Alzheimer, che andrebbero curati in strutture sanitarie dedicate che però non hanno sufficienti posti letto» (Astuti, Intervista, 2024).
- «Per gli anziani soli o con una rete di sostegno naturale non adeguata, l'ingresso in RSA è di regola più precoce e la provenienza è più spesso il domicilio, anche su diretta segnalazione o invio da parte dei servizi sociali comunali. L'autonomia e la complessità clinica all'ingresso di queste persone sono in genere migliori. Si tratta però di persone anziane sole o con una rete familiare molto debole, spesso con un elevato e preesistente disagio sociale o con problemi specifici: ex detenuti, senza fissa dimora, disabili gravi, problemi psichiatrici residuali, dipendenze, ludopatie. L'invio in RSA ha quindi a che vedere con la necessità di una protezione abitativa, di sostegno sociale e di aiuto pratico nella vita quotidiana di base, senza però sottovalutare alcune specifiche necessità di supporto medico e specialistico. Non è raro infine che le RSA vicariano la cessazione della copertura da parte dei servizi per disabili o per la salute mentale per raggiunti limiti di età». (Negrini, Intervista, 2024).

Il sistema RSA in Lombardia. Un tentativo di sintesi/1

- Le regole per l'assistenza residenziale sono state fissate dalla Regione circa vent'anni fa. Tra queste, l'accreditamento, i parametri strutturali e gestionali (dimensioni, minutaggio...), il calcolo della quota sanitaria riconosciuta alle RSA, la definizione delle rette..., necessitano di rivisitazione. Il **minutaggio**: lo standard imposto dalla normativa regionale in vigore (901 minuti) è molto inferiore alle effettive necessità e al livello delle prestazioni effettivamente erogate (tra 1.000 e 1.300 minuti).
- Non vi è una **definizione del mix professionale** che deve comporre il minutaggio né una modulazione dello standard rispetto alle esigenze assistenziali dell'ospite, a differenza di quanto accade nella programmazione sociosanitaria di altre Regioni (UPB, 2024). Gli operatori economici mantengono ampi margini di discrezionalità relativamente alla composizione del personale, al contenuto delle prestazioni erogate e – seppure in misura ridotta rispetto al passato – anche per quanto riguarda l'applicazione delle tariffe alberghiere.
- Il **caro tariffe**. Nonostante i recenti aggiornamenti della quota sanitaria corrisposta dalla Regione e il «tetto» parziale alle rette fissato con la DGR 1513/2023, a settembre 2024, secondo una rilevazione effettuata su un campione di RSA, **la media delle rette giornaliere è di 68,7 €, oltre la cifra "raccomandata" dalla Regione Lombardia, che fissava in 65,50 la retta media e nel 2% l'incremento previsto per le strutture regionali (per arrivare a un eventuale totale di 66.80) (dato provvisorio).**
- L'affermarsi delle **logiche di business**: i criteri per l'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture lasciano ampi spazi di manovra agli operatori economici. La necessità di conseguire economie di scala spiega la tendenza alla crescita dimensionale delle strutture e perché spesso si sceglie di realizzare strutture in località a basso costo piuttosto che in zone non adeguatamente dotate di posti letto (Comitato Nazionale Bioetica, 2021). Dall'analisi dei bilanci emerge come, nella fase pre-pandemia, molte aziende – non solo del privato for profit – fossero in grado di **generare cospicui utili**, tendenza rilevata anche nei rendiconti 2023, pur in presenza di difficoltà legate soprattutto al forte aumento dell'inflazione.

Il sistema RSA in Lombardia. Un tentativo di sintesi/2

- In tema di **personale** si rilevano evidenti problematiche che inducono i professionisti della salute a considerare un impiego nelle RSA come una soluzione di ripiego: bassi salari, contratti penalizzanti, competenze non definite, elevato stress fisico e mentale, insufficienti iniziative di formazione e valorizzazione del capitale umano, elevati tassi di precarietà, turnover, assenza e infortunio (quest'ultimo spia di stress lavoro-correlato e carenze organizzative). Inoltre, negli ultimi 20 anni, con particolare riferimento alla situazione lombarda, i cambiamenti avvenuti nel **contesto competitivo** (forte crescita del privato negli assetti proprietari, gestione affidata in numerosi casi alle cooperative), non hanno certamente portato vantaggi, in termini contrattuali e di salario, al personale che opera nelle RSA.
- L'aumento delle retribuzioni non è condizione sufficiente per migliorare la qualità del lavoro e l'attrattività delle professioni RSA. Al di là della necessità di realizzare un contratto collettivo nazionale unico per il comparto, la formazione e la riqualificazione delle competenze, lo sviluppo delle carriere e il riconoscimento di premi/incentivi, la creazione di un clima aziendale che incoraggi e motivi i lavoratori, l'adattamento dell'ambiente di lavoro alle specifiche caratteristiche degli addetti sono strategie mirate alla valorizzazione del capitale umano e alla creazione di un clima di partecipazione in grado di produrre effetti positivi importanti sul piano della qualità delle prestazioni rese agli anziani non autosufficienti.

Le RSA: il governo dell'offerta

Anche a fronte delle problematiche evidenziate nelle slide precedenti, la Regione Lombardia, in particolare con i provvedimenti varati a fine 2023 (DGR n. 1513), nel gennaio 2024 (delibera delle Regole 2024) e il 30 dicembre 2024 (Delibera delle Regole 2025), ha adottato alcune modifiche al settore RSA e promosso verifiche e ulteriori innovazioni da realizzare nel corso di quest'anno.

In breve:

Con la DGR 1513/2023 la Regione Lombardia ha adeguato le tariffe che possono essere riconosciute alle RSA, introducendo per la prima volta un vincolo alle tariffe: l'impossibilità, per i gestori, di aumentare le rette nei confronti di utenti e famiglie se queste sono superiori del 2% rispetto alla retta media dell'ATS di ubicazione.

In relazione alla complessità dei bisogni degli ospiti delle RSA, si riconosce agli enti erogatori, oltre alla tariffa SOSIA per posto letto a contratto in RSA, una tariffa aggiuntiva pari a 5,30 €/giorno in relazione alla maggiore complessità assistenziale dell'ospite (Indice complessità assistenziale - ICA).

A fronte delle rimostranze degli enti gestori circa il tentativo della Regione di regolare le tariffe, la Delibera delle Regole 2024 (DGR 1827/2024) approvata a fine gennaio 2024, ha modificato le decisioni adottate sui limiti alle rette.

E' confermata l'impossibilità, per gli enti gestori, di poter operare incrementi di retta a carico delle famiglie per le strutture con retta superiore del 2% rispetto alla media dell'ATS di ubicazione. Tuttavia la DGR 1827 precisa che: 1) la retta media di riferimento per l'applicazione del vincolo sopra citato verrà calcolata tenendo in considerazione solo i primi tre trimestri del 2023; 2) gli eventuali incrementi di retta assunti o deliberati in data antecedente l'adozione della DGR 1513 (il 13/12/2023) restano validi. In definitiva, l'obiettivo del contenimento delle rette introdotto dalla DGR 1513 è in discussione.

Nella delibera delle regole si precisa che "nel quadro di programmazione prevista dalla DGR 1513/2023 si prevede di avviare la definizione del **costo standard** in RSA, RSD, CSS".

Le Regole 2025 per la sanità e il sociosanitario in Lombardia

La DGR. N. 3720, “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del Sistema Sanitario Regionale per l’anno 2025”.

- «E’ in atto una riflessione sulla necessità di allargare l’attenzione da una risposta strettamente sanitaria e assistenziale a interventi che facciano riferimento alla persona nel suo complesso, e soprattutto ai suoi aspetti relazionale». A fronte della significativa evoluzione dei bisogni delle persone anziane e di quelle con disabilità, è avviato un processo di analisi e verifica del funzionamento dei **servizi residenziali per anziani e disabili** al fine di realizzarne la **rimodulazione entro la prima parte del 2026**. Tra gli obiettivi: verificare la rispondenza dei requisiti di accreditamento (definiti nei primi anni 2000) agli attuali bisogni; definire nuovi e più appropriati standard. Il percorso di rimodulazione non contempla la partecipazione del Sindacato.
- E’ assente un approccio strategico al tema centrale dell’assistenza in RSA: **le risorse umane** (reclutamento, trattenimento, aumento delle competenze, formazione, valorizzazione...). Piuttosto, in un passo della delibera (pag. 89) si sostiene che, relativamente al riordino dei servizi residenziali, l’analisi dovrà affrontare anche gli aspetti «organizzativo e gestionale, tenendo conto delle figure maggiormente necessarie per i bisogni attuali ed emergenti e del “mercato” delle professionalità, in sofferenza per alcune figure, attuando una riorganizzazione con standard di personale appropriati e realmente disponibili, anche introducendo **modelli di task shifting**»; modelli che l’OMS definisce come il **trasferimento razionale di compiti normalmente svolti da professionisti sanitari** con qualifiche e competenze più elevate **ad altri operatori, sanitari o non, con una formazione più breve e meno qualificata**. L’aggettivo “razionale” fa riferimento alla necessità che il compito sia attribuito a personale dotato di professionalità ed esperienza comunque appropriate per quel compito.
- **Nuovi servizi**. Per il settore sociosanitario, si stanziavano 10 milioni per la sperimentazione di nuovi servizi e modelli innovativi. In ambito RSA verranno valutati anche modelli innovativi relativi alla costituzione di un nucleo psichiatria in RSA o a strutture di psicogeriatrica dedicate. Nell’attuazione degli interventi potranno anche essere valorizzati gli strumenti previsti dal D.Lgs. n. 117/2017 relativi alla co-programmazione e coprogettazione con i soggetti del Terzo settore.

Le Regole 2025 per la sanità e il sociosanitario in Lombardia/1

- **Rette** – Nel 2025 si prosegue con l'adeguamento della remunerazione delle RSA, «**conciliando la sostenibilità economica dei rinnovi contrattuali con il contenimento delle compartecipazioni**». In attesa della definizione dei costi standard, nel primo trimestre del 2025 verrà avviato un dialogo con gli enti erogatori per sviluppare le modalità di definizione delle rette nel rispetto del principio di equità nell'accesso alle cure.
- Inoltre, verrà promosso insieme all'ANCI e agli Ambiti territoriali l'avvio di un gruppo di lavoro per analizzare un'analisi dei regolamenti di accesso e di compartecipazione dei comuni alle rette delle strutture socio sanitarie con particolare attenzione alle RSD, CSS e CDD, al fine di provvedere a un adeguamento delle modalità di recepimento delle previsioni nazionali in materia di Isee e di favorire modalità uniformi sul territorio.
- **La misura RSA aperta** è considerata elemento importante del sistema allargato delle cure domiciliari per gli anziani, concorrendo all'obiettivo del PNRR M6C1- 1.2.1. Per il **2025 è previsto lo sviluppo della presa in carico**, anche in considerazione dell'aumento dei bisogni legati all'invecchiamento della popolazione e alla diffusione della non autosufficienza. L'accesso alla misura avviene tramite valutazione multidimensionale (VMD). Per il 2025, sono confermate le indicazioni della D.G.R. n. 2508/2024, con un budget individuale di 4.000 euro, che consente l'attivazione di pacchetti con 2,5 accessi settimanali per 52 settimane. L'attivazione di PAI superiori a 4.000 euro annui è eccezionale, per garantire uniformità nei livelli erogativi e favorire l'accesso al servizio da parte di un numero maggiore di utenti. Gli utenti presi in carico prima del 2024, che hanno superato il budget annuale con l'aumento tariffario previsto dalla D.G.R. n. 1827/2024, sono esclusi da queste restrizioni. L'essere già in carico alla misura è incompatibile con l'attivazione di altri PAI per lo stesso servizio, e gli enti responsabili devono acquisire dai cittadini una dichiarazione formale di compatibilità. Per il 2025, sono previsti fino a 37,4 milioni € di FSR per la RSA Aperta.
- **Trasparenza.** Con la DGR 3670 del 16 dicembre 2024, si conferma, per gli enti che operano nei settori sanitario e socio-sanitario, l'obbligo di pubblicazione integrale dei dati di bilancio nel proprio sito internet entro trenta giorni dalla data di adozione «e si richiama l'attenzione al rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa sulla trasparenza».

Gli incrementi delle tariffe riconosciuti alle Unità di offerta (Udo)

- Con **DGR 3562** del 9 dicembre 2024 è disposto un **incremento delle tariffe** per le persone accolte in RSD e RSA (compresi nuclei Alzheimer) a parziale copertura del costo per acquisto di farmaci/gas medicali. L'incremento delle tariffe è di 1,35 euro per RSA e di 1,82 euro per RSD fino ad un massimo di 30 milioni complessivi, già stabiliti nella DGR 1513/2023, con effetti dal 1 gennaio 2024.
- Con **DGR 3730** del 30 dicembre 2024, la Regione ha determinato la **percentuale di incremento tariffario** per alcune Unità di Offerta sociosanitarie, **incremento legato ai rinnovi contrattuali** avvenuti nel 2024. In particolare, l'incremento che Regione riconoscerà per il 2024 per CDI, RSA ed RSD è dell'1,1% e per le Udo che si occupano di Cure palliative, C/Dom (Cure domiciliari) e SMI (Sorveglianza Malattie Infettive) dello 0,5%. Le risorse messe a disposizione per questo provvedimento ammontano a 16,8 milioni. Il riconoscimento si pone come prima attuazione (relativa all'anno 2024) di quanto stabilito con DGR 2966/2024, che ha destinato “fino a 50 mln di euro quale intervento a sostegno dell'incremento dei costi del lavoro nell'ambito sociosanitario privato contrattualizzato legato ai rinnovi CCNL di settore”, prevedendo che, attraverso “una serie di analisi funzionali a valutare l'impatto dei rinnovi dei principali CCNL del settore sociosanitario”, sarebbe stato aperto un confronto con gli stakeholder interessati.
- Per l'analisi effettuata si è tenuto conto delle ore che le strutture hanno rilevato nel debito informativo Scheda struttura riferito all'anno 2023, per evidenziare l'incidenza dei principali CCNL sulle diverse tipologie di unità di offerta sociosanitarie, in considerazione del fatto che nel settore sociosanitario vi sono una molteplicità di CCNL.
- Nel corso del 2024 è stato rinnovato il contratto delle cooperative sociali, con aumento del costo del lavoro di circa l'8% a fine 2024. Contratto che è stato preso come riferimento dalla DG Welfare, per ricalcolare l'incremento tariffario per le diverse UDO (al momento di costruzione del provvedimento, quel contratto era l'unico rinnovato (successivamente è stato rinnovato anche il CCNL Anffas).

Proposte

- Occorre che Regione Lombardia ridefinisca il ruolo delle RSA nell'ambito del sistema delle prestazioni socio-sanitarie, regolando e sviluppando l'intera filiera di servizi - dal domicilio ai centri diurni, dagli appartamenti protetti all'hospice - in forte connessione con l'intervento dei familiari e degli assistenti familiari. L'obiettivo è **garantire nel territorio un continuum assistenziale** che ritardi il più possibile l'ingresso in RSA, mantenendo gli anziani non autosufficienti nel proprio ambiente di vita. La **centralità della persona** deve essere il punto cardine delle azioni di contrasto alla non autosufficienza, obiettivo conseguibile solo se il **sistema socio-sanitario sarà guidato da un'efficace azione pubblica**.
- Per quanto riguarda le RSA (e le RSA aperte) è assolutamente necessario superare le debolezze dell'attuale modello di contrattazione privata tra utente e gestore, che prevede un accesso diretto delle persone in RSA senza una valutazione pubblica del bisogno. La RSA non può scegliersi i propri «clienti». In questo contesto, occorre **contenere le logiche di business**.
- Occorre rivisitare le regole per l'assistenza residenziale, anche in funzione dei diversi target di utenza: l'accreditamento (anche sulla base di quanto disposto dal Decreto Concorrenza), parametri strutturali (dimensioni, spazi...) e gestionali (minutaggio, figure professionali coinvolte, standard formativi...), il calcolo della quota sanitaria riconosciuta alle RSA (il cui livello di copertura andrebbe innalzato in funzione delle prestazioni fornite agli utenti), la definizione delle rette, la compartecipazione ai costi delle utenti e dei Comuni.
- E' necessario potenziare l'ascolto e la partecipazione degli ospiti e dei loro familiari alle attività delle strutture residenziali. In questo senso occorre favorire la nascita, il consolidamento e l'effettivo funzionamento dei «Comitati dei parenti».

Proposte. Il personale

- E' assolutamente necessario realizzare un **nuovo contratto unico di settore**, che valorizzi l'attività svolta nelle RSA, da considerarsi un "servizio pubblico" a tutti gli effetti. Un contratto dunque che non può essere inferiore a quanto previsto per la Sanità Pubblica (Funzione Pubblica Cgil Lombardia).
- Per gestire la complessità assistenziale occorre potenziare il personale, sviluppare servizi integrati, introdurre tecnologie innovative, migliorare l'organizzazione del lavoro e supportare famiglie e operatori. Per migliorare le condizioni di lavoro, occorre adeguare i salari, aumentare il personale, formazione continua, supporto psicologico, ambienti di lavoro moderni, standard operativi chiari (Galdini, Amministratrice di Comune, Intervista, 2024).
- Occorre migliorare le condizioni di lavoro incrementando gli stipendi, rendendo le professioni socio-sanitarie più appetibili. Aumentare il numero degli addetti aiuterebbe a conciliare i tempi vita-lavoro. Il personale deve godere di formazione continua, legata anche all'ambito psicologico, non basta avere competenze sanitarie, è altrettanto importante saper trattare la persona nel modo corretto (Bianco, Amministratrice di Comune, Intervista, 2024).
- E' necessario aumentare il numero del personale, che andrebbe continuamente formato. Per gestire la complessità assistenziale occorre un maggior rapporto personale/ricoverati, arrivando anche a sostegni individuali. Occorre incrementare anche il numero di alcune figure specialistiche, quali psicologi, geriatri e sociologi (Caleffi, Presidente RSA, Intervista, 2024).
- Occorre evitare che la maggiore complessità assistenziale produca una nuova spinta verso la medicalizzazione. La figura del geriatra, capace di fare sintesi dei diversi disturbi e di comprendere lo stato di salute complessiva, al di là dei singoli approfondimenti specialistici, può essere cruciale per una corretta gestione delle malattie e delle condizioni disabilitanti, anche nei loro risvolti psicologici. Migliorare le retribuzioni, soprattutto per i bassi livelli stipendiali. Le gratificazioni legate al posto di lavoro crescono con la significatività dei compiti assegnati, l'autonomia di cui si gode e il riconoscimento di colleghi e superiori (Alfieri, Università di Bergamo, Intervista, 2024).

Proposte. Il personale/1

- Per gestire efficacemente la complessità gestionale occorre rivisitare gli standard gestionali e in parte strutturali. Collegato a questo vi è la necessità di formare il personale (ASA-OSS) secondo le specifiche unità d'offerta di complessità assistenziale oggi sempre più caratterizzanti. La formazione dovrebbe essere riferita anche all'evoluzione delle cure e dell'utilizzo degli ausili (Direttore di RSA, Intervista, 2024).
- C'è un problema di adeguatezza del personale di assistenza: gli ospiti delle Rsa sono oggi soggetti con gradi di fragilità e bisogni di assistenza da gestire in termini profondamente diversi da come avveniva 15-20 anni fa. Bisogna formare persone capaci di dare queste risposte, ma è necessario aumentare le retribuzioni del personale. Tra gli altri problemi, è necessario affrontare seriamente la carenza di personale infermieristico. Questo vuol dire mettere mano alla programmazione nella formazione universitaria (se non si vuole pensare di reclutarlo all'estero), così come pensare ad un piano straordinario di arruolamento tramite il finanziamento di borse di studio in infermieristica, l'assegnazione di alloggi a canone calmierato e la promozione delle professioni sanitarie nelle scuole superiori. Solo con un maggiore riconoscimento economico e professionale di queste figure indispensabili - e ancora troppo poco valorizzate - è possibile affrontare il problema della carenza cronica di personale sanitario e della sua fuga all'estero (Astuti, Consigliere regionale Pd, Intervista, 2024).
- Vedo il personale in difficoltà e stressato per garantire un decente livello di assistenza. La complessità assistenziale può essere affrontata con una migliore formazione, una migliore organizzazione ma soprattutto con un adeguato numero di operatori. Occorre garantire la formazione gratuita di ASA, OSS ed infermieri professionali, oltre a migliori retribuzioni per rendere maggiormente attrattivo il lavoro nelle RSA (Amministratore RSA, Intervista, 2024).
- La formazione in ingresso dovrebbe essere centrata sulle competenze relazionali, essendo la relazione il principale strumento di lavoro del Personale. Favorire la formazione continua perchè la dinamica dell'invecchiamento muta i profili delle persone assistite; armonizzare i contratti di lavoro e aumentare le retribuzioni; investire in tecnologie che alleggeriscano i carichi e gli sforzi (Donati, presidente Fondazione, Intervista, 2024).
-

L'Osservatorio sulle RSA della Lombardia – Impostazione e metodo di lavoro

- Le RSA vengono individuate e monitorate sulla base di informazioni fornite dai canali ufficiali della Regione e provenienti da un mix di fonti cui si attinge periodicamente, ogni sei mesi: sito web della struttura (presentazione e informazioni su servizi, personale, rette, carta dei servizi, certificazione di qualità, documentazione di bilancio), altri siti eventualmente utili a ottenere le informazioni necessarie.
- Particolare attenzione è dedicata all'esame della Carta dei Servizi (CdS). Essa non costituisce solo uno strumento di comunicazione e trasparenza verso l'esterno, ma dovrebbe svolgere anche un'importante funzione di tutela degli utenti, che dovrebbero essere in grado di valutare - in modo diretto e autonomo - la qualità delle prestazioni ricevute e la loro coerenza con quanto promesso dall'ente che eroga il servizio. Talvolta questo strumento svolge una limitata funzione di tutela degli utenti, connessa a una generica - se non addirittura assente- descrizione dei servizi erogati;
- L'esame della CdS è finalizzato alla raccolta di elementi informativi utili per l'elaborazione di alcuni indicatori. L'obiettivo è comprendere se tale documento possa considerarsi coerente con la regolazione regionale e dunque soddisfi i seguenti tre requisiti: 1) il chiaro ed esplicito impegno della struttura rispetto ai contenuti dei servizi che si intendono offrire; 2) la quantificazione di tali impegni, al fine di consentire una valutazione oggettiva degli stessi da parte dei soggetti che li ricevono (utenti diretti o indiretti, come per esempio gli anziani e i loro familiari); 3) l'illustrazione dei meccanismi di ascolto e tutela adottati, come la possibilità di esprimere il proprio giudizio/parere, il diritto al rimborso e/o ristoro in caso di prestazione diversa da quanto promesso (restituzione totale/parziale di quanto pagato e/o erogazione gratuita del servizio).

L'Osservatorio sulle RSA della Lombardia – Impostazione e metodo di lavoro/1

Sono stati individuati indicatori quali-quantitativi per apprezzare le caratteristiche delle singole RSA di nostro interesse. Essi si riferiscono alle seguenti dimensioni di analisi:

- Tipologia dell'offerta alberghiera e di vitto, possibilità di personalizzazione e di adeguamento alle abitudini di vita, presenza di spazi all'aperto e dedicati alle relazioni sociali, servizi e modalità di erogazione degli stessi, informazioni sul personale presente e sulle relative forme contrattuali, rette (prestazioni incluse/escluse e prezzi dei servizi opzionali), presenza di servizi di animazione e attività di partecipazione e interazione, apertura della struttura al territorio (visite/uscite esterne, partecipazione di associazioni, volontari, altri soggetti), possibilità di ricevere servizi erogati dal volontariato (assistenza ai pasti, trasporto sociale...), relazione con i parenti e rigidità/flessibilità degli orari, meccanismi di ascolto e di tutela.
- Siamo nella fase di implementazione dell'Osservatorio: obiettivo prioritario è la messa a punto di criteri utili a dare uniformità alla raccolta delle informazioni; un'operazione ancora non perfezionata, che necessita di continui miglioramenti nel prosieguo dell'attività.
- Emergono in primo luogo indicazioni su come le RSA comunicano la propria offerta al pubblico, con particolare riferimento ai seguenti aspetti: chiarezza, trasparenza ed esaustività.

La distribuzione delle Rsa e dei posti letto per comprensorio e provincia.

Situazione al novembre 2024.

→ 734 strutture: 687 (il 94%) sono private, 46 (il 6%) pubbliche.

Nel 2020 le strutture pubbliche erano 54, pari all'8% del totale.

→ 66.987 posti letto autorizzati (+2,5% su maggio 2020), di cui 63.357 p. l. accreditati (+1,5% su maggio 2020). I p. l. Alzheimer sono 4.417 (+ 1,9%).

Comprensorio	Privata	Pubblica	Totale
BG	61	1	62
BS	82	5	87
CO	60	2	62
CR	31	4	35
LC	22	3	25
LO	16	2	18
MB	45	1	46
MI	108	8	116
MN	49	3	52
PV	78	11	89
SO	22		22
TO	30	4	34
VA	59	2	61
VC	24		24
TOTALE	687	46	733

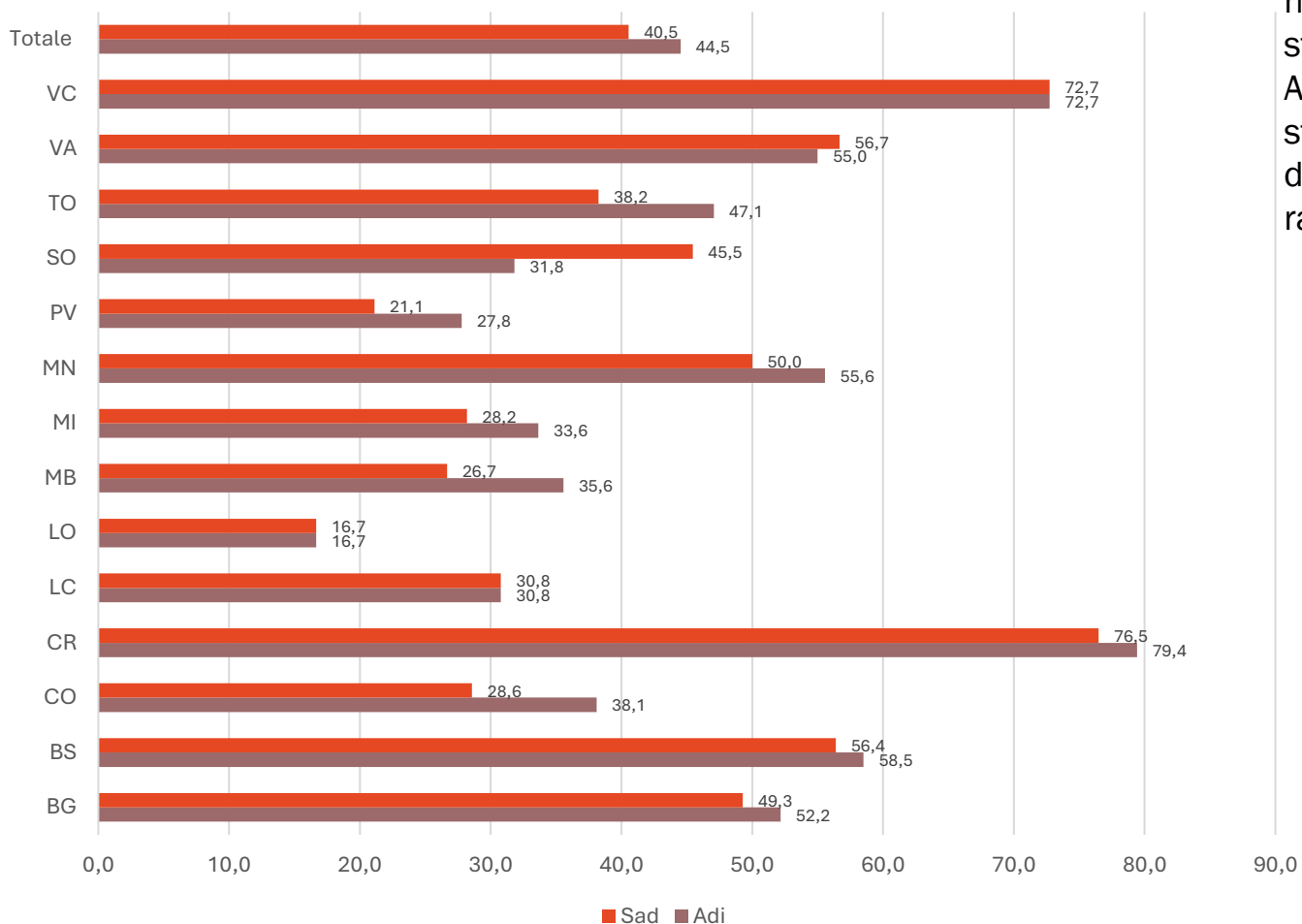
Comprensorio	P. l. autorizzati	P. l. accreditati
BG	6.111	5.816
BS	6.794	6.122
CO	5.445	5.050
CR	3.972	3.858
LC	2.203	2.115
LO	1.520	1.299
MB	4.215	4.009
MI	14.341	13.828
MN	3.684	3.670
PV	6.339	6.096
SO	1.793	1.798
TO	2.766	2.681
VA	5.830	5.328
VC	1.849	1.709
TOTALE	66.862	63.379

Provincia	N. posti letto per 1000 over80	% over80	OSR*
BG	87,9	6,8	10,5
BS	90,0	7,2	9,7
CO	118,2	7,7	9,1
CR	138,1	8,1	8,6
LC	82,4	8	8,9
LO	96,7	6,8	10,4
MB	94,5	7,6	9,1
MI	66,5	7,9	8,3
MN	131,0	7,9	8,5
PV	142,7	8,2	8,4
SO	126,0	8	8,9
VA	81,0	8,2	8,5
LOMBARDIA	86,8	7,7	8,9

* OSR = L'Oldest Support Ratio (OSR) è un indicatore adottato dalle Nazioni Unite. per lo studio dell'invecchiamento. È definito come rapporto tra la popolazione della classe 50-74 anni e la classe over 85. In sostanza l'indice fornisce informazioni sul numero di persone (mogli, mariti, figlie o figli...) in grado di garantire cure ai grandi anziani.

RSA aperte e attività di assistenza domiciliare svolta dalle strutture

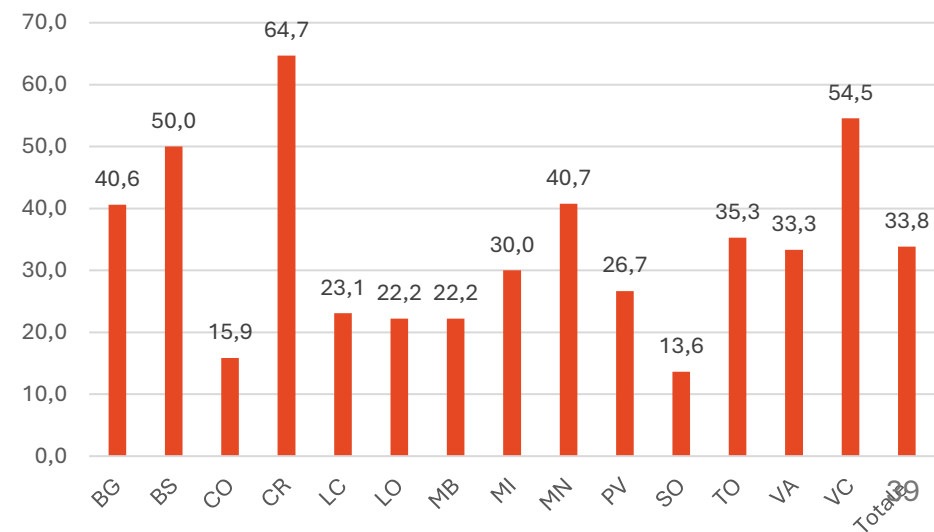
Fornitura di servizi Adi e Sad v.% per Comprensorio e Totale



Negli ultimi anni le attività delle RSA si sono sviluppate considerevolmente, nella prospettiva della differenziazione degli interventi. Circa il 34% delle strutture è RSA aperta, il 44,5% eroga l'ADI e il 40,5% il SAD.

Anche sollecitate dalla DGR n. 116 della Lombardia del 2013 queste strutture ricercano un equilibrio economico-finanziario che l'erogazione della sola assistenza residenziale non sempre garantisce, e tentano di radicarsi nel territorio, posizionandosi come erogatori integrati di servizi.

Rsa Aperta v. % per Comprensorio e Totale



Cresce la dimensione media delle strutture

Le classi di dimensione, per numero di posti letto, delle RSA lombarde suddivise per comprensorio. – v. % - anno 2024

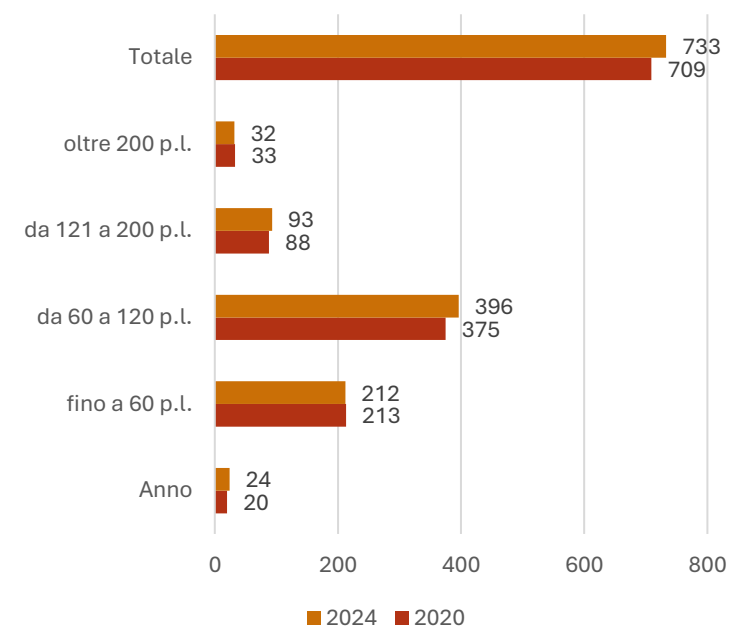
N. RSA

	fino a 60 p.l.	da 60 a 120 p.l.	da 121 a 200 p.l.	oltre 200 p.l.	Totale
	Valori %				
BG	27,4	54,8	9,7	8,1	100
BS	35,6	48,3	16,1	0,0	100
CO	29,0	54,8	12,9	3,2	100
CR	17,1	48,6	22,9	11,4	100
LC	44,0	36,0	12,0	8,0	100
LO	44,4	38,9	11,1	5,6	100
MB	15,2	65,2	19,6	0,0	100
MI	12,9	56,0	19,8	11,2	100
MN	44,2	50,0	3,8	1,9	100
PV	42,7	48,3	6,7	2,2	100
SO	31,8	59,1	9,1	0,0	100
TO	20,6	73,5	5,9	0,0	100
VA	29,5	54,1	13,1	3,3	100
VC	25,0	75,0	0,0	0,0	100
TOTALE	28,9	54,0	12,7	4,4	100

N. Posti letto

Provincia	fino a 60 p.l.	da 60 a 120 p.l.	da 121 a 200 p.l.	oltre 200 p.l.	Totale	Totale p.l.
	valori %					
BG	12,2	50	15,1	22,7	100	6.111
BS	16	54,8	29,2	0	100	6.794
CO	15,3	56,8	20,4	7,6	100	5.445
CR	5,9	37	30,9	26,2	100	3.972
LC	19,5	34,1	19,9	26,5	100	2.203
LO	25,9	38,3	18,2	17,6	100	1.520
MB	6,3	64,7	29	0	100	4.215
MI	4,8	44,5	23,4	27,3	100	14.341
MN	23,9	63,1	7,4	5,6	100	3.684
PV	22,9	56,5	12,6	8	100	6.339
SO	19,5	65,1	15,4	0	100	1.793
TO	12,8	76,6	10,6	0	100	2.766
VA	13	52,7	21,3	13	100	5.830
VC	14,4	85,6	0	0	100	1.849
TOTALE	13,1	53,3	20,1	13,6	100	66.862

Le classi di dimensione, per numero di posti letto, delle RSA lombarde. v.a. anni 2020 e 2024



Le rette. La comunicazione delle RSA non è ancora adeguata

Comprensorio	Privata		Pubblico		Totale	
	Retta min	Retta max	Retta min	Retta max	Retta min	Retta max
	€					
BG	65,1	75,1	50,1	60,5	63,7	73,7
BS	58,6	68,5	58,7	75,4	58,6	69,3
CO	74,8	86,9	63,6	70,7	73,6	85,3
CR	63,9	71,3	61,0	63,0	63,6	70,5
LC	73,6	79,0	70,6	76,3	73,1	78,5
LO	67,9	75,3	53,0	57,5	65,8	72,5
MB	80,6	88,9			80,6	88,9
MI	87,8	109,3	73,0	83,9	86,1	106,2
MN	62,2	74,2	54,7	74,8	61,7	74,2
PV	65,2	73,2	57,0	62,7	63,9	71,7
SO	56,9	63,8			56,9	63,8
TO	76,0	90,6	72,5	78,9	75,5	89,2
VA	74,6	82,9	70,8	79,8	74,2	82,5
VC	57,4	66,1	53,0		57,0	66,1
TOTALE	70,7	82,1	62,6	72,6	69,8	81,1

In assenza di criteri dalla Regione, la retta (quota alberghiera e sociale) - minima e massima, e per solventi - varia considerevolmente in relazione a diversi fattori:

- servizi inclusi nel piano tariffario, tipo di trattamento offerto all'utente, grado di efficienza finanziaria raggiunto da chi amministra la struttura, natura giuridica dell'ente gestore (come si vede in tabella le rette delle RSA private sono mediamente più alte), localizzazione geografica (a Milano la retta media è sensibilmente più alta).
- I siti di Regione Lombardia e delle ATS forniscono informazioni (non sempre facili da trovare, con dati non omogenei e in alcuni casi non aggiornati) sulle rette praticate. L'Osservatorio ha fatto ricorso anche ai siti e alle CdS delle singole RSA per ottenere informazioni più dettagliate sulle prestazioni incluse (parzialmente o del tutto) nelle rette. A titolo esemplificativo nella slide successiva vengono mostrati i dati rilevati per i servizi «lavanderia» e «parrucchiere»..
- In sostanza, l'indicazione della tariffa minima e massima, non è sufficiente a comprendere quale sarà la spesa mensile che l'utente - direttamente o attraverso i familiari - sarà tenuto ad erogare.

Esempi di servizi inclusi/esclusi nella retta

Comprensorio	Lavanderia					Parrucchiere					Totale v. a.
	Escluso	Incluso	Parziale	Non rilevato	Totale v. %	Escluso	Incluso	Parziale	Non rilevato	Totale v. %	
BG	23,2	43,5	24,6	8,7	100	52,2	18,8	20,3	8,7	100	69
BS	5,3	48,9	31,9	13,8	100	28,7	21,3	36,2	13,8	100	94
CO	30,2	27,0	33,3	9,5	100	69,8	11,1	9,5	9,5	100	63
CR	8,8	44,1	47,1	0,0	100	23,5	11,8	64,7	0,0	100	34
LC	23,1	38,5	26,9	11,5	100	53,8	7,7	26,9	11,5	100	26
LO	0,0	22,2	50,0	27,8	100	61,1	5,6	5,6	27,8	100	18
MB	42,2	28,9	26,7	2,2	100	60,0	13,3	24,4	2,2	100	45
MI	50,9	11,8	30,9	6,4	100	61,8	6,4	25,5	6,4	100	110
MN	20,4	11,1	66,7	1,9	100	44,4	7,4	46,3	1,9	100	54
PV	10,0	16,7	66,7	6,7	100	42,2	10,0	41,1	6,7	100	90
SO	4,5	18,2	72,7	4,5	100	45,5	4,5	45,5	4,5	100	22
TO	38,2	8,8	50,0	2,9	100	50,0	2,9	44,1	2,9	100	34
VA	30,0	16,7	45,0	8,3	100	58,3	6,7	25,0	10,0	100	60
VC	36,4	9,1	54,5	0,0	100	36,4	0,0	63,6	0,0	100	11
TOTALE	24,7	25,6	42,2	7,5	100	49,7	10,8	31,8	7,7	100	730

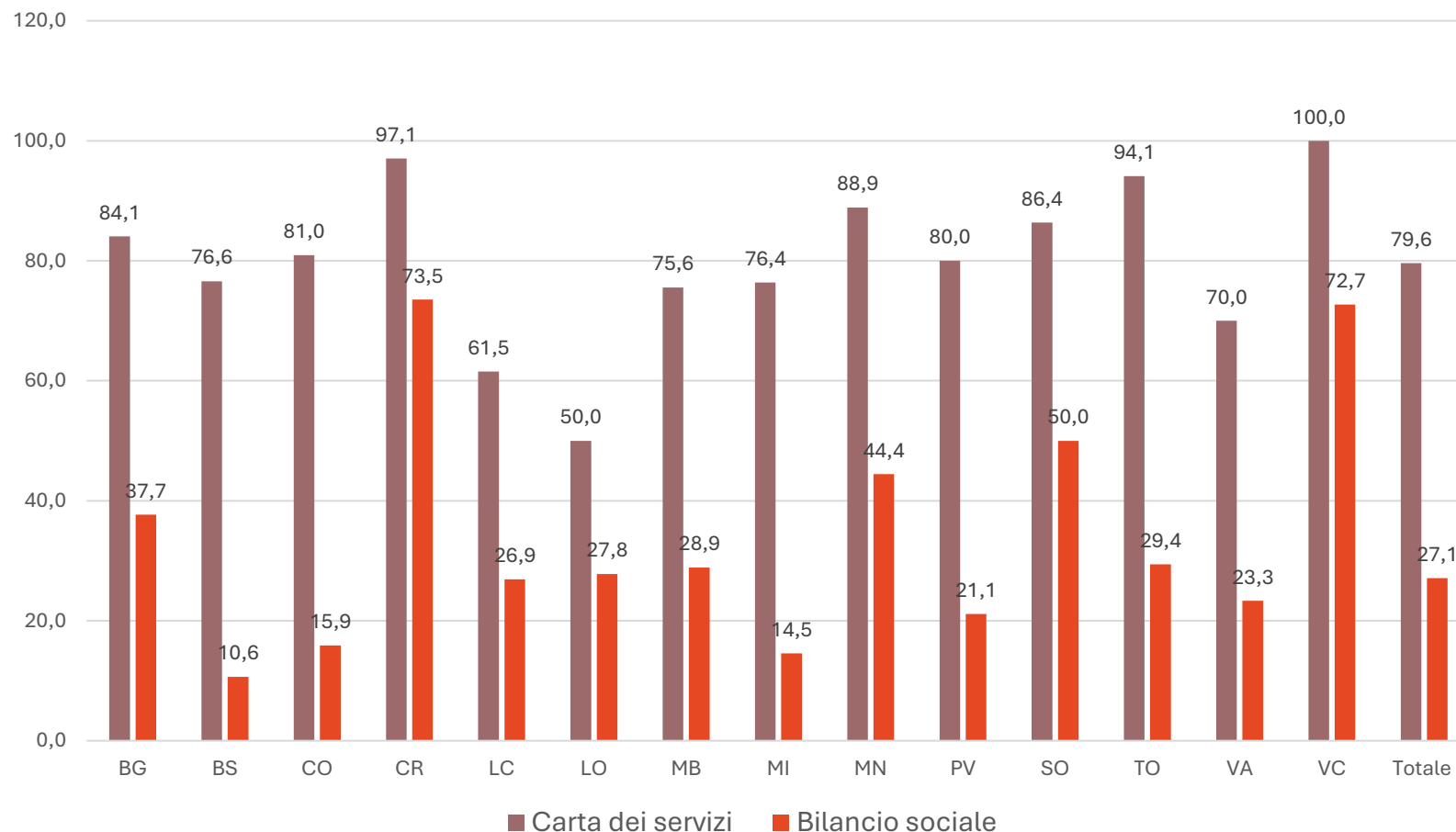
Relativamente alle 730 strutture monitorate (esame della CdS e di altre informazioni contenute nel sito web), per circa l'8% di esse non è possibile acquisire informazioni sui servizi in questione.

Per la Lavanderia in una struttura su quattro il servizio è escluso dalla retta (24,7%), e un risultato simile (25,6%) si ha per le Rsa che lo includono. La maggioranza, il 42% delle strutture, comunica che il servizio è parzialmente incluso nella tariffa alberghiera, talvolta vengono forniti dettagli. Per il servizio di Parrucchiere, circa la metà delle strutture esclude questa prestazione dalle rette, poco più del 10% la include, infine il servizio è incluso parzialmente nella retta da circa il 32% delle strutture.

Nel comprensorio di Milano, dove le rette sono in media più alte, si rileva la quota % più alta di RSA che escludono la lavanderia dalla tariffa alberghiera (50,9% a fronte del 24,7% generale). In questo comprensorio è alta anche la quota di strutture (il 61,8%, valore inferiore solo a Como), che esclude il servizio di Parrucchiere dalla retta.

Trasparenza, inclusione e innovazione sociale. Un tentativo di lettura

Presenza della Carta dei servizi e del Bilancio sociale -
v. % per riga - Comprensorio



Per poco più del 20% delle RSA monitorate non è stato possibile acquisire la CdS.

Per circa il 27% delle strutture è stata rilevata l'approvazione recente dello strumento del bilancio sociale.

Come si vede dal grafico accanto, il risultato è molto differenziato a livello territoriale. Per Valcamonica (in questo caso va precisato che il numero delle strutture osservato è molto basso), Cremona e Mantova si hanno le percentuali più elevate di RSA per le quali si è ottenuto un risultato positivo relativamente ad entrambi gli strumenti monitorati.

Trasparenza, inclusione e innovazione sociale. Un tentativo di lettura/1

Nelle slide che seguono sono riportati graficamente i risultati principali della rilevazione conoscitiva sull'attività (elementi di trasparenza, prestazioni offerte...) delle RSA accreditate in Regione. La raccolta di informazioni è svolta ogni semestre. Per ciascuna caratteristica monitorata, nel database dell'Osservatorio è riportata la data più recente di osservazione/rilevazione. Qui sotto sono elencati i principali ambiti d'intervento monitorati.

I dati rilevati nell'ambito delle attività dell'Osservatorio, disponibili per ciascuna RSA, consentono: al Sindacato di migliorare il quadro conoscitivo e programmare con più oculatezza le attività di contrattazione sociale; alle famiglie interessate che si rivolgono agli Sportelli sociali dello SPI, di acquisire informazioni utili per orientarsi in un mercato che presenta diversi elementi di opacità.

Argomento	Informazione rilevate					
	A richiesta	Non disponibile	Pubblicato	Non rilevato		
Bilancio della struttura disponibilità						
Presenza del Comitato dei parenti	NO	SI	SI, inserito nel Comitato parenti	SI, inserito nel Regolamento	SI, inserito nello Statuto	Non rilevato
Organizzazione del Servizio di Manutenzione	Esternalizzato	Interno	Misto	Non rilevato		
Organizzazione del Servizio di ristorazione	Esternalizzato	Interno	Misto	Non rilevato		
Animazione*	Presenza/Assenza					
Assistenza ai Pasti*	Presenza/Assenza					
Trasporto sociale*	Presenza/Assenza					

* Si tratta di servizi erogati dalle Associazioni e dai volontari

Trasparenza, inclusione e innovazione sociale. Un tentativo di lettura/2

Comprensorio	Bilancio						Comitato Parenti							
	A richiesta	Non disponibile	Pubblicato	Non rilevato	Totale v. %	Totale v.a.	NO	SI, cenni	SI, inserito nel Comitato parenti Formale?	SI, inserito nel Regolamento	SI, inserito nello Statuto	Non rilevato	Totale v. %	Totale v.a.
BG	1,4	27,5	62,3	8,7	100	69	60,9	7,2	4,3	8,7	8,7	10,1	100	69
BS	5,3	5,3	75,5	13,8	100	94	60,6	14,9	2,1	1,1	4,3	17,0	100	94
CO	0,0	14,3	76,2	9,5	100	63	77,8	3,2	0,0	3,2	3,2	12,7	100	63
CR	0,0	14,7	85,3	0,0	100	34	50,0	47,1	0,0	0,0	0,0	2,9	100	34
LC	3,8	42,3	46,2	7,7	100	26	65,4	11,5	0,0	0,0	0,0	23,1	100	26
LO	5,6	27,8	44,4	22,2	100	18	61,1	0,0	0,0	0,0	0,0	38,9	100	18
MB	4,4	28,9	64,4	2,2	100	45	75,6	6,7	0,0	6,7	0,0	11,1	100	45
MI	7,3	12,7	67,3	12,7	100	110	80,0	4,5	0,0	2,7	0,9	11,8	100	110
MN	1,9	16,7	79,6	1,9	100	54	72,2	1,9	0,0	1,9	13,0	11,1	100	54
PV	6,7	17,8	64,4	11,1	100	90	80,0	3,3	0,0	1,1	2,2	13,3	100	90
SO	4,5	18,2	72,7	4,5	100	22	86,4	4,5	0,0	0,0	4,5	4,5	100	22
TO	11,8	17,6	67,6	2,9	100	34	88,2	8,8	0,0	0,0	0,0	2,9	100	34
VA	21,7	15,0	51,7	11,7	100	60	86,7	0,0	0,0	0,0	0,0	13,3	100	60
VC	0,0	0,0	100,0	0,0	100	11	90,9	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100	11
Totale	5,9	17,1	67,9	9,0	100	730	73,6	7,8	0,7	2,3	3,2	12,5	100	730

Trasparenza. La possibilità di dare un'occhiata al bilancio non sempre è riconosciuta.

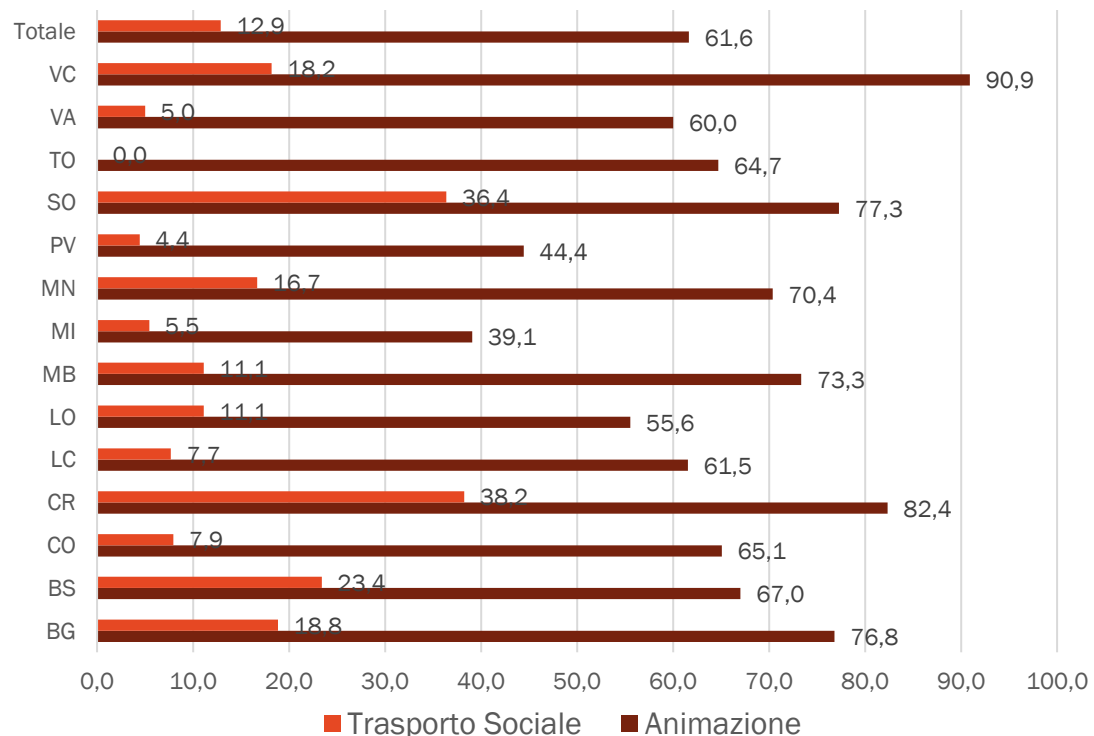
Inclusione. Conoscere se in una RSA è presente un comitato dei parenti (o organismo simile), è un fattore importante. Tale organismo può contribuire a migliorare la tutela dei diritti, la qualità dei servizi e a incentivare la collaborazione positiva con il personale.

Ad oggi circa il 14% delle strutture (sito web e CdS) ne contempla l'attività. Tra queste, poco meno della metà l'ha formalizzato, oppure inserito nel regolamento o nello statuto.

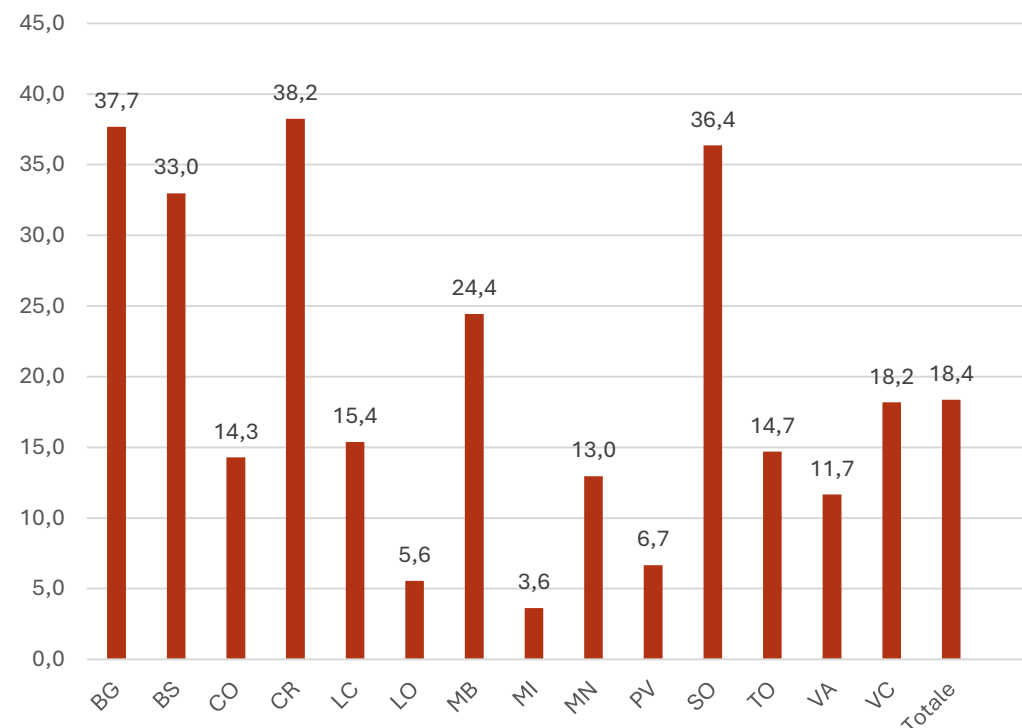
Le differenze territoriali sono importanti. In alcune strutture si è dato avvio alla costituzione dei «Comitati degli ospiti».

Trasparenza, inclusione e innovazione sociale. Un tentativo di lettura/3

Presenza dei Servizi di Animazione e Trasporto sociale erogati da Associazioni/volontari, comunicata sul sito web delle RSA o per mezzo della Carta dei Servizi v. %



Presenza del servizio di "Assistenza ai pasti" erogato da Associazioni/volontari, comunicata sul sito web delle RSA o per mezzo della Carta dei Servizi v.%



Il convenzionamento della RSA con le Associazioni di volontariato per l'erogazione di servizi fondamentali per l'ospite (Trasporto sociale, Assistenza ai pasti e Animazione) può apportare miglioramenti sensibili alla qualità della vita in struttura, nonché in termini di minori costi.

Trasparenza, inclusione e innovazione sociale. Un tentativo di lettura/4

	Manutenzione					Ristorazione					Totale v. a.
	Esternalizzato	Interno	Misto	Non rilevato	Totale v. %	Esternalizzato	Interno	Misto	Non rilevato	Totale v. %	
BG	27,5	7,2	5,8	59,4	100	40,6	29,0	1,4	29,0	100	69
BS	3,2	11,7	1,1	84,0	100	28,7	34,0	1,1	36,2	100	94
CO	25,4	17,5	1,6	55,6	100	27,0	46,0	0,0	27,0	100	63
CR	14,7	26,5	2,9	55,9	100	23,5	70,6	0,0	5,9	100	34
LC	7,7	3,8	11,5	76,9	100	11,5	50,0	0,0	38,5	100	26
LO	0,0	5,6	0,0	94,4	100	0,0	16,7	0,0	83,3	100	18
MB	11,1	4,4	17,8	66,7	100	22,2	44,4	2,2	31,1	100	45
MI	8,2	3,6	1,8	86,4	100	20,9	32,7	0,0	46,4	100	110
MN	7,4	7,4	13,0	72,2	100	18,5	50,0	0,0	31,5	100	54
PV	11,1	13,3	7,8	67,8	100	21,1	34,4	0,0	44,4	100	90
SO	9,1	4,5	4,5	81,8	100	18,2	45,5	0,0	36,4	100	22
TO	20,6	11,8	0,0	67,6	100	23,5	44,1	0,0	32,4	100	34
VA	5,0	5,0	1,7	88,3	100	30,0	21,7	0,0	48,3	100	60
VC	18,2	27,3	0,0	54,5	100	18,2	63,6	0,0	18,2	100	11
Totale	11,9	9,7	4,9	73,4	100	24,2	38,4	0,4	37,0	100	730

Anche le informazioni sull'organizzazione dei servizi possono offrire utili elementi di valutazione.

Dall'esame della Cds e del sito web, per il 37% delle strutture non è stato possibile rilevare in che modo è organizzata la ristorazione o mensa. In circa il 38% dei casi, il servizio è interno, è esternalizzato invece da quasi una RSA su quattro (il 24,2%).

L'approfondimento. Il personale.

La relazione con gli operatori è per molti ospiti delle RSA e per i loro familiari la fonte di maggiore soddisfazione. E la qualità in queste strutture dipende soprattutto dalle competenze e dal benessere degli operatori (Barsanti, 2021).

Come già detto (slide 7 e 27) in Italia e nella maggior parte dei Paesi Ocse gli operatori delle RSA hanno contratti e trattamenti economici peggiori rispetto a quelli, di eguali mansioni, che lavorano in ospedale. Condizioni di lavoro che nella nostra regione presentano caratteristiche atipiche rispetto al contesto nazionale. Infatti, numerose strutture ex IPAB (trasformate diversi anni fa in Fondazioni con personalità giuridica di diritto privato, senza scopo di lucro), al momento della depubblicizzazione, su richiesta del Sindacato hanno mantenuto ai dipendenti il contratto in essere. Negli anni successivi, però, soprattutto allo scopo di contenere il costo del lavoro, ai neo-assunti sono stati applicati contratti peggiorativi. «Oggi è frequente che nella stessa struttura vengano applicati, a lavoratori che svolgono la stessa mansione, anche tre o quattro contratti diversi, con diritti e salari diversi (Intervista Dirigente FP Lombardia, 2024). In conseguenza, **il clima organizzativo e la soddisfazione sul lavoro**, fortemente influenzati dalle questioni contrattualistiche, costituiscono **elementi di criticità** in diverse strutture.

La deregulation del lavoro nelle RSA riguarda ulteriori aspetti.

L'ingresso degli imprenditori profit nella gestione delle RSA in molti casi è avvenuto nel segno della forte attenzione ai minori costi di produzione, da conseguire anche attraverso l'affidamento della gestione alle Cooperative.

Ulteriori criticità. Manca una revisione delle competenze a fronte dell'evoluzione dei bisogni.

I bisogni degli ospiti, sempre più sanitari e complessi, impongono una revisione delle competenze degli operatori, nonché dei modelli di presa in carico. Non sono stati raggiunti risultati soddisfacenti, sia relativamente all'erogazione di interventi di formazione continua adeguati, sia per quanto riguarda la (ri)definizione del percorso accademico e professionale (Intervista Dirigente FP Lombardia, 2024).

Relativamente alla copertura del personale, sono inoltre necessarie revisioni dei modelli di stima del bisogno assistenziale e dell'offerta sia a livello regionale che, soprattutto, a livello nazionale, anche per evitare differenze tra carichi assistenziali e possibili risposte (Barsanti, 2021).

L'indagine sul campo. I questionari somministrati alle RSA lombarde

Il personale nelle RSA intervistate

Comprensorio	Totale addetti	Totale addetti Assistenza sanitaria e personale	N. RSA	n. addetti per struttura
		v.a.		
BG	2.279	2.012	25	91,2
BS	1.257	1.060	15	83,8
CO	1.767	1.402	22	80,3
CR	1.097	920	9	121,9
LC	789	692	8	98,6
LO	91	82	3	30,3
MB	166	145	2	83,0
MI	1.588	1.367	11	144,4
MN	1.284	979	15	85,6
PV	1.528	1.311	14	109,1
SO	302	250	5	60,4
TO	518	426	8	64,8
VA	510	439	7	72,9
VC	227	191	2	113,5
Totale	13.403	11.276	146	91,8

Le 146 RSA* che hanno risposto al questionario somministrato dalla FP Lombardia hanno in media 86 posti letto per struttura. Gli intervistati hanno indicato in totale la presenza di 13.403 addetti, di cui 11.276 (pari all'84,1%) operano nell'assistenza sanitaria e personale. Il restante 15,9% sono impiegati nell'amministrazione, servizi e mensa.

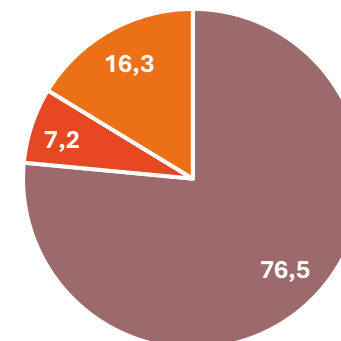
Dei 13.403 addetti rilevati, 10.247 (pari al 76,5%) sono impiegati con contratto a tempo indeterminato.

Gli addetti a tempo determinato sono 963 (il 7,2%), quelli in libera professione o con altre forme contrattuali sono 2.193 (il 16,4%).

La quota di contratti stabili è dunque applicata a 3 addetti su 4. L'esame delle forme contrattuali per singola figura professionale evidenzia tuttavia marcate differenze.

* I risultati che vengono illustrati si riferiscono a 146 questionari compilati dalle RSA, ricevuti in tempo utile per l'analisi. Al 15 dicembre 2024 al questionario hanno risposto in totale 155 RSA.

Composizione % del personale per tipo di contratto

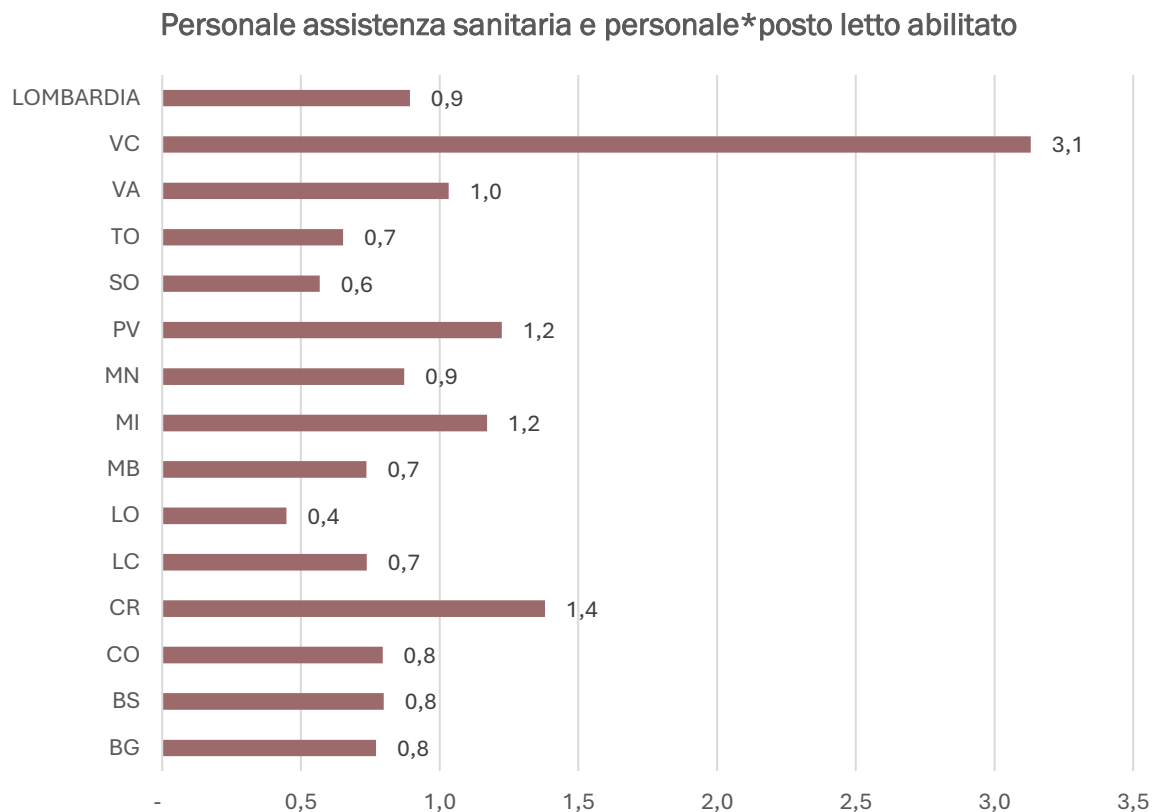


■ Tempo indeterminato ■ Tempo determinato
■ Libera professione e altro

L'indagine sul campo. I questionari somministrati alle RSA lombarde

Il personale nelle RSA intervistate

Comprensorio	Totale addetti Assistenza sanitaria e personale	Part time v. a.	% Part time	N. p.l. abilitati	N. addetti Assistenza sanitaria e personale * p.l.
BG	2.012	909	45,2	2.609	0,8
BS	1.060	471	44,4	1.327	0,8
CO	1.402	371	26,5	1.765	0,8
CR	920	195	21,2	667	1,4
LC	692	220	31,8	938	0,7
LO	82	10	12,3	183	0,4
MB	145	29	20,0	197	0,7
MI	1.367	519	38,0	1.168	1,2
MN	979	260	26,5	1.122	0,9
PV	1.311	282	21,5	1.071	1,2
SO	250	149	59,7	440	0,6
TO	426	208	48,9	653	0,7
VA	439	96	21,8	425	1,0
VC	191	134	70,0	61	3,1
LOMBARDIA	11.276	3.853	34,2	12.626	0,9



Considerando il personale per l'assistenza sanitaria e personale, il 34,2% (3.853 addetti) lavora in part time.

Il rapporto che riguarda il n. di addetti all'assistenza sanitaria e personale per posto letto è pari mediamente a 0,9, con marcate differenze a livello di singola RSA e territoriale.

Il dato è evidentemente sovrastimato, in quanto non si è potuto procedere ad una conversione delle unità lavorative part time in unità equivalenti full time, in mancanza di informazioni sulla percentuale di ore lavorate a tempo parziale.

Il tasso di presenza del personale

Comprensorio	Assistenza sanitaria in s. s.	Educatore, Psicologo	Figure socio-assistenziali	OSS	ASA/OSA	Mensa	Servizi	Amministrazione	Tot. V. %	Totale Personale	P. I.
valori percentuali									v.a.		
BG	24,5	3,7	1,8	47,5	10,8	3,8	5,0	2,9	100	2.279	2.609
BS	25,2	2,8	10,7	39,5	6,2	5,6	5,4	4,6	100	1.257	1.327
CO	23,9	3,3	1,5	30,3	20,3	4,0	14,1	2,5	100	1.767	1.765
CR	24,8	1,8	3,3	29,9	24,1	3,5	9,8	2,9	100	1.097	667
LC	27,0	4,6	1,1	41,3	13,7	0,1	10,0	2,2	100	789	938
LO	28,6	2,2	4,4	54,9	0,0	5,5	4,4	0,0	100	91	183
MB	31,3	1,2	3,0	51,8	0,0	2,4	7,8	2,4	100	166	197
MI	21,6	4,4	2,8	46,7	10,6	1,9	8,8	3,2	100	1.588	1.168
MN	23,2	2,3	4,5	40,7	5,5	5,8	13,6	4,3	100	1.284	1.122
PV	23,6	1,9	2,6	53,1	4,6	5,6	5,1	3,5	100	1.528	1.071
SO	25,8	2,3	21,5	26,5	6,6	6,3	7,0	4,0	100	302	440
TO	28,0	2,7	1,7	38,6	11,2	3,3	10,2	4,2	100	518	653
VA	31,4	2,7	5,7	46,3	0,0	1,0	9,2	3,7	100	510	425
VC	23,8	3,5	3,5	53,3	0,0	6,2	3,5	6,2	100	227	61
TOT.	24,6	3,0	3,8	41,9	10,8	3,9	8,6	3,4	100	13.403	12.626

In assenza di regole regionali, forte eterogeneità.

Relativamente al personale per l'assistenza, mediamente uno su quattro (il 24,6%) è costituito da assistenti sanitari in senso stretto (medici, infermieri, fisioterapisti). La figura prevalente di assistenza è l'OSS (il 41,9%), che opera in posizione intermedia tra risposte ai bisogni sanitari e sociali. Gli assistenti personali (ASA e OSA) costituiscono il 10,8%. Il supporto socio-assistenziale e relazionale (assistenti sociali, mediatori, animatori...) è assicurato dal 3,8% degli operatori. Pesa per il 3% l'area degli educatori e degli psicologi, figure che in diverse strutture costituiscono l'equipe psico-educativa, che lavora al mantenimento e alla stimolazione cognitiva e sensoriale dei pazienti.

La composizione del personale per singola RSA è molto differenziata, anche in ragione delle diverse vocazioni di cura (presenza o meno di nuclei Alzheimer...). Nell'82% delle RSA è presente l'educatore, nel 34% lo psicologo, nel 45% l'animatore. A livello territoriale, quote % più alte di assistenti sanitari in senso stretto si rilevano mediamente nei comprensori di Varese (31,4%) e Monza (31,3%). Al contrario, Milano (21,6%) presenta l'incidenza percentuale più bassa di questa tipologia di addetti.

Assistenza sanitaria in s.s: Medici, Infermieri, Fisioterapisti

OSS: Operatori socio-sanitari

Area intermedia: Psicologi, Educatori,

Area socio-assistenziale: Animatori, Assistenti sociali, Mediatori, altre figure

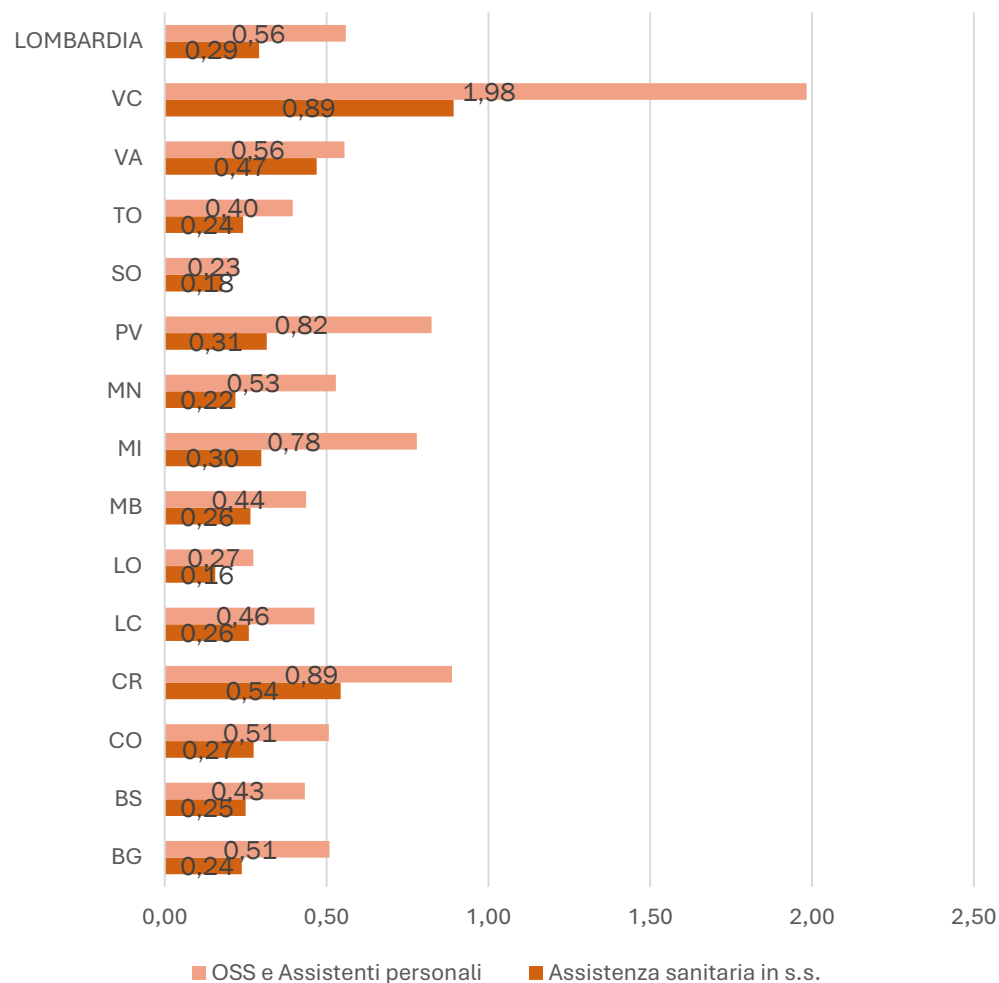
Altri assistenti personali: Asa, Osa

Altro personale: amministrazione, servizi, addetti mensa.

In base a quanto emerso dalle interviste somministrate a un campione di amministratori/trici di RSA, la composizione degli addetti è influenzata in misura sensibile dalle difficoltà di reclutamento delle diverse figure professionali sanitarie, in primo luogo infermieri.

Tra assistenza sanitaria, assistenza «intermedia» e generalista

N. Figure professionali per posto letto



Relativamente alle 146 strutture rispondenti, il numero del personale sanitario in senso stretto*posto letto è pari a 0,29. E' un valore basso, soprattutto se si considera l'elevata quota di personale medico e infermieristico in part time (rispetto al quale non disponiamo di informazioni per creare tassi di equivalenza full time). E' prevalente la presenza degli OSS e degli assistenti personali (0,56* posto letto). Un risultato che può essere messo in relazione con diversi fattori: la necessità per le strutture di offrire risposte adeguate ai bisogni sanitari e sociali, ma anche le difficoltà nel reclutare figure sanitarie (OCSE, 2023, Barsanti, 2021), la necessità di contenere i costi. L'interpretazione dei dati è complicata dalla presenza di problemi che riguardano la definizione chiara delle competenze e dei limiti del ruolo dell'Operatore socio-sanitario (rischio di richieste improprie, sostituzione di altre figure).

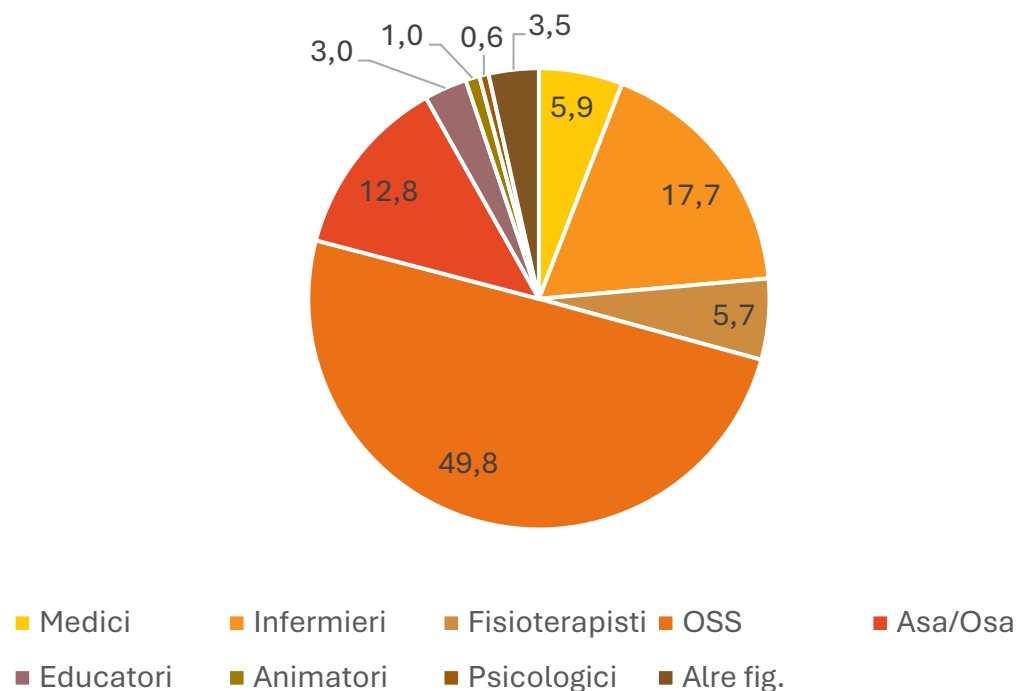
Questo indicatore è utile per apprezzare il livello di intensità assistenziale. Una valutazione più raffinata richiede un approccio multidimensionale, che tenga conto, ad esempio, del valore delle rette pagate dagli ospiti, dell'organizzazione del lavoro, delle modalità di erogazione delle cure, e anche della composizione degli ospiti. Secondo l'ISTAT, al gennaio 2022 l'81% degli anziani ospiti delle RSA Lombarde sono over80, un dato che pone in risalto la necessità di una adeguata assistenza sanitaria.

Per l'assistenza sanitaria in senso stretto, in Vallecamonica si osserva un valore dell'indice più alto, pari a 0,89. Seguono Cremona (0,54), Varese (0,47) e Pavia (0,31).

Esaminando i dati per natura giuridica delle RSA, quelle pubbliche mostrano un rapporto tra personale sanitario e posti letto più alto, pari 0,42, mentre per le strutture private tale quoziente è 0,27.

Il personale. Prevale l'assistenza funzionale - assistenziale

L'Assistenza sanitaria e personale. La composizione delle figure professionali - valori %



Il totale degli addetti all'Assistenza sanitaria e al personale è di 11.276 unità

Relativamente alle singole figure professionali la quota di medici* in servizio è pari al 5,9% del totale degli addetti all'assistenza sanitaria e personale (11.276). Gli infermieri (1997 unità) costituiscono il 17,7%, il personale di riabilitazione è costituito da 612 fisioterapisti e da 27 massoterapisti (in totale il 5,7%).

La figura prevalente è l'Operatore socio-sanitario (OSS), con 5.618 unità (il 49,8%).

Gli addetti inquadrati come Ausiliario Socio Assistenziale - ASA, oppure Operatore Socio Assistenziale (OSA) sono 1.441 (il 12,8%).

Tra le altre figure professionali, gli psicologi sono 73 (0,6%), gli educatori 338 (3%) e gli animatori 111 (1%).

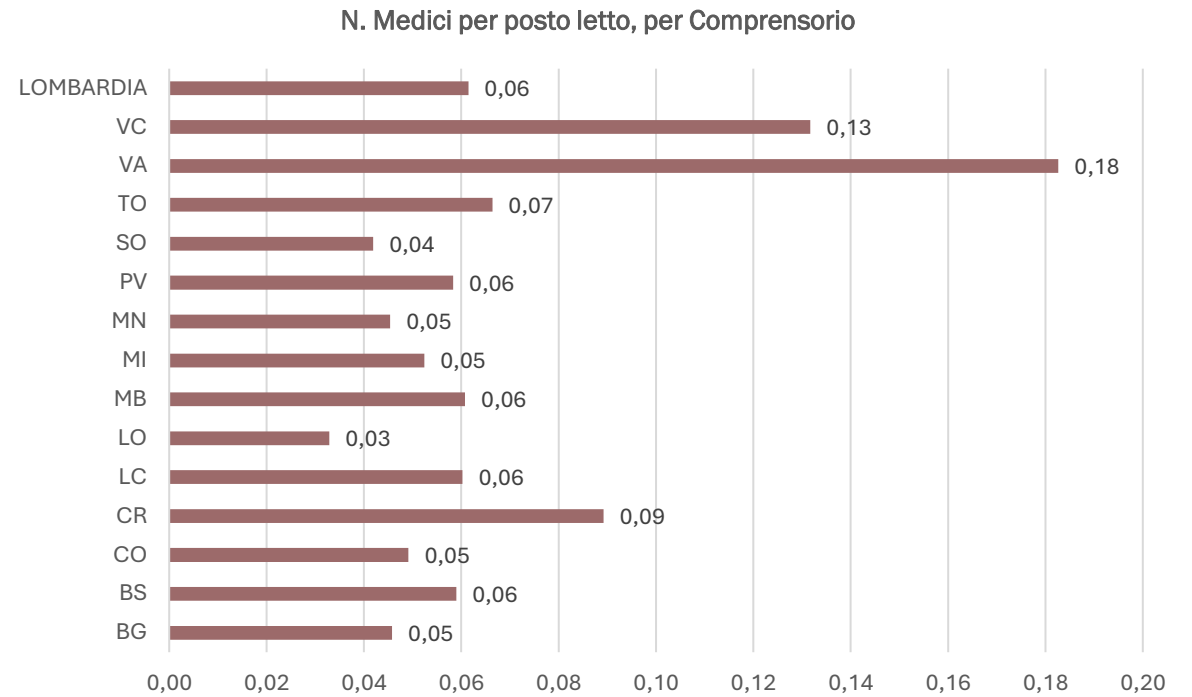
Per quanto riguarda il numero delle diverse figure professionali per posto letto, il tasso è pari allo 0,16 per gli infermieri e a 0,44 per gli OSS.

Gli indicatori rilevati presentano valori assai differenziati a livello territoriale, e per singola RSA.

* Si ricorda che i due terzi dei medici presenti dalle RSA esercitano la libera professione part time, ed è assai probabile che operino in diverse strutture. Analogo ragionamento può essere svolto in particolare per gli infermieri.

Il dettaglio sui medici.

Comprensorio	Medici	Tempo indeterminato	Medici in libera professione		di cui Libera professione in part time		N. Medici per struttura
			v.a.	v. %	v.a.	v. %	
BG	103	11,7	91	88,3	88	96,7	4,1
BS	72	4,2	61	84,7	54	88,5	4,8
CO	75	20,0	60	80,0	50	83,3	3,4
CR	52	40,4	31	59,6	21	67,7	5,8
LC	40	0,0	36	90,0	24	66,7	5,0
LO	5	40,0	3	60,0	0		1,7
MB	12	0,0	12	100,0	7	58,3	6,0
MI	59	16,9	48	81,4	45	93,8	5,4
MN	56	12,5	45	80,4	43	95,6	3,7
PV	65	26,2	47	72,3	40	85,1	4,6
SO	18	5,6	16	88,9	13	81,3	3,6
TO	40	22,5	31	77,5	31	100,0	5,0
VA	58	10,3	52	89,7	18	34,6	8,3
VC	8	12,5	7	87,5	6	85,7	4,0
TOTALE	663	15,7	540	81,4	440	81,5	4,5



Dei 663 medici rilevati ben 540, cioè l'81,5%, lavorano con un contratto di libera professione; 440 di essi (il 66,4% di tutti i medici impiegati) esercitano in libera professione part time.

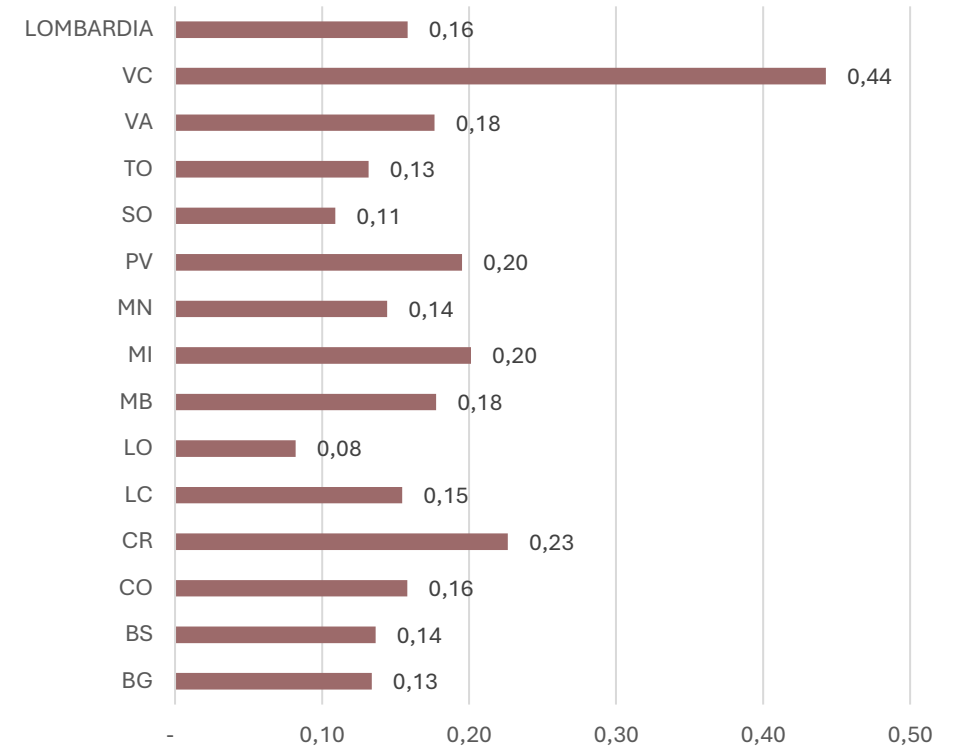
Molto basso è il rapporto tra numero dei medici*posto letto, pari a 0,06.

Il dettaglio sugli infermieri.

Il dettaglio sugli Infermieri

	N. Infermieri	Tempo indeterminato	Tempo determinato	Libera professione	Altre figure contrattuali		Infermieri in part time		Libera professione in part time
	v. a.	Valori percentuali					v.a.	v. %	v. %
BG	349	57,3	6,6	32,1	4,0	100	172	49,3	85,7
BS	181	51,4	3,3	45,3	0,0	100	91	50,3	69,5
CO	279	45,9	3,2	43,4	7,5	100	107	38,4	57,9
CR	151	76,2	1,3	21,2	1,3	100	45	29,8	81,3
LC	145	75,2	2,1	22,1	0,7	100	63	43,4	56,3
LO	15	26,7	20,0	53,3	0,0	100	2	13,3	
MB	35	28,6	20,0	51,4	0,0	100	14	40,0	55,6
MI	235	37,0	2,6	42,6	17,9	100	82	34,9	40,0
MN	162	72,2	5,6	16,7	5,6	100	32	19,8	51,9
PV	209	63,2	6,7	28,7	1,4	100	39	18,7	50,0
SO	48	72,9	2,1	12,5	12,5	100	26	54,2	100,0
TO	86	62,8	0,0	37,2	0,0	100	46	53,5	96,9
VA	75	48,0	1,3	28,0	22,7	100	15	20,0	19,0
VC	27	81,5	0,0	0,0	18,5	100	3	11,1	
TOT.	1.997	57,2	4,2	32,6	6,0	100	737	36,9	61,8

N. Infermieri per posto letto, per Comprensorio



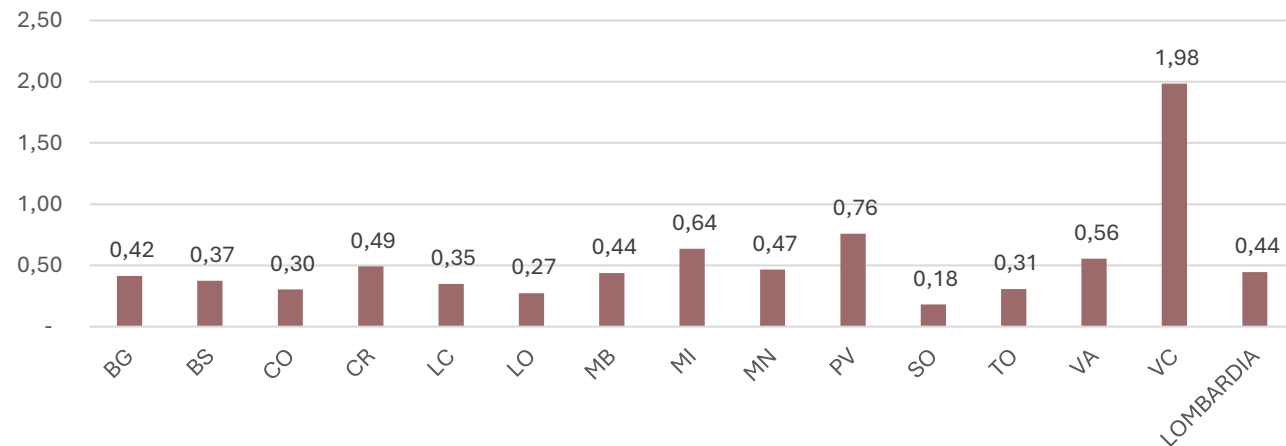
Anche relativamente agli infermieri, seppure in presenza di percentuali più basse, si rileva una quota consistente di contratti non a tempo indeterminato, pari al 42,8%. Il 4,2% del personale opera con contratto a tempo determinato, il 32,6% in libera professione, il 6% con altre forme contrattuali. Gli infermieri in part time sono il 36,9% del totale, un valore che si eleva al 61,8% relativamente alla libera professione.

Lavorano in part time due su dieci degli infermieri con contratto a tempo indeterminato.

Il dettaglio sugli OSS

Comprensorio	N. OSS	tempo indeterminato	part time su Totale OSS
	v.a.	v.%	
BG	1.083	87,2	29,2
BS	496	92,3	25,1
CO	536	85,1	14,3
CR	328	93,9	15,3
LC	326	90,2	16,3
LO	50	82,0	19,5
MB	86	96,5	2,4
MI	742	87,2	34,6
MN	522	85,6	10,7
PV	812	87,6	16,0
SO	80	85,0	51,5
TO	200	92,5	17,3
VA	236	92,8	7,3
VC	121	33,9	58,5
TOTALE	5.618	87,3	21,5

N. OSS per posto letto, per Comprensorio



A conferma di quanto rilevato in altre indagini (ISTAT, 2024) il personale OSS lavora in prevalenza con contratti stabili ed è in genere impiegato full time. Il rapporto tra numero OSS e posto letto è pari a 0,44, cioè circa ogni due posti letto è presente questa figura professionale, la figura prevalente di assistenza nelle RSA.

Il personale di mensa, servizi e amministrativo

	Totale personale Mensa, Servizi e Amministrazione		Mensa	Servizi	Amministrazione
	v. a.	v.% su tot. addetti			
BG	267	11,7	3,8	5,0	2,9
BS	197	15,7	5,6	5,4	4,6
CO	365	20,7	4,0	14,1	2,5
CR	177	16,1	3,5	9,8	2,9
LC	97	12,3	0,1	10,0	2,2
LO	9	9,9	5,5	4,4	-
MB	21	12,7	2,4	7,8	2,4
MI	221	13,9	1,9	8,8	3,2
MN	305	23,8	5,8	13,6	4,3
PV	217	14,2	5,6	5,1	3,5
SO	52	17,2	6,3	7,0	4,0
TO	92	17,8	3,3	10,2	4,2
VA	71	13,9	1,0	9,2	3,7
VC	36	15,9	6,2	3,5	6,2
Totale complessivo	2.127	15,9	3,9	8,6	3,4

Il totale delle altre figure professionali è pari a 2.127, il 15,9% dei 13.403 addetti totali.

Il numero delle altre figure professionali (mensa, servizi e amministrazione) è pari a 2.127, il 15,9% delle 13.403 unità totali.

Marcate le differenze territoriali e per singola struttura.

Nei comprensori di Mantova e Como si ha una densità più alta di questa tipologia di personale (mediamente, più di un addetto su cinque), un valore che si dimezza nel lodigiano.

Il personale amministrativo incide per il 3,4%, quello dei servizi per l'8,6% e gli addetti alla mensa per il 3,9%.

In Vallecamonica si rileva l'incidenza % più alta del personale amministrativo (6,2%).

Da notare la variabilità dei dati che riguardano la presenza di addetti ai servizi (dal 3,5% della Valcamonica al 14,1% di Como). Si tratta di differenze da mettere in relazione soprattutto con l'azione dei processi di esternalizzazione.

In provincia di Sondrio (6,3%) e in Vallecamonica (6,2%) si rilevano i valori medi più alti di presenza di addetti alla mensa.

Appendice. L'offerta di servizi per la non autosufficienza in Lombardia

I tassi di copertura della domanda

La composizione degli interventi

Il tasso di copertura del bisogno di NA attraverso l'intervento della Rsa (15%) è più alto dei valori medi nazionali e del Nord, ma più basso di quelli rilevati in Veneto (16%), Friuli Venezia Giulia (Fvg) (16%) e nelle Province autonome di Trento (23%) e Bolzano (24%) (v. slide successiva).

Relativamente all'ADI, i casi in carico in Lombardia risultano nel 2022 147.115. Il tasso di copertura della NA attraverso l'ADI (26%) è poco più alto della media nazionale (24%), ma risulta dimezzato o quasi al confronto con Molise (60%), Toscana e Veneto (48%), e molto più basso rispetto al Fvg e all'Emilia Romagna (41%) (Cergas Bocconi, 2024).

Un ulteriore apporto conoscitivo è fornito dai dati sul **livello di intensità dell'Adi (Cure domiciliari)** pubblicati dal Ministero della Salute ed elaborati da Italia Longeva. Al confronto con le altre regioni nel 2023 (v. slide n. 58) la Regione Lombardia si distingue per l'attivazione della più elevata quota percentuale di visite domiciliari di carattere episodico (circa il 65% del totale delle cure domiciliari) e, allo stesso tempo, per una bassa incidenza di interventi complessi, ad alta intensità di cura (la quota % di prese in carico con i coefficienti di intensità assistenziale più alti, pari a 3 e 4, è inferiore a ben 15 Regioni), a conferma che nella nostra regione si punta soprattutto sull'attività dei servizi residenziali per assicurare la copertura della NA grave (Italia Longeva, 2024).

Si ricorda che la Regione Lombardia, oltre ad aver rinominato con la delibera 6867/22 il servizio ADI in C-Dom, ha ridisegnato il suo modello di erogazione definendo nuovi criteri di accesso e di valutazione, modalità di presa in carico, i requisiti e l'accreditamento degli enti erogatori e infine nuovi percorsi assistenziali standardizzati.

<https://www.dimensioneinfermiere.it/adi-cure-domiciliari-6867-22/>

Pochi sono i dati sulla diffusione delle soluzioni di residenzialità leggera (alloggi protetti, comunità per anziani, ...).

I tassi di copertura della domanda/1

Copertura della domanda. N.A. per tipo di copertura del bisogno. Anno 2022.

Fonte: dati Cergas

Regioni	Tasso di copertura Over65 N.A. da RSA	Tasso di copertura Over65 N.A. da ADI
Lombardia	15%	26%
Veneto	16%	48%
Piemonte	12%	16%
Emilia-Romagna	7%	41%
Toscana	11%	48%
Italia	8%	24%

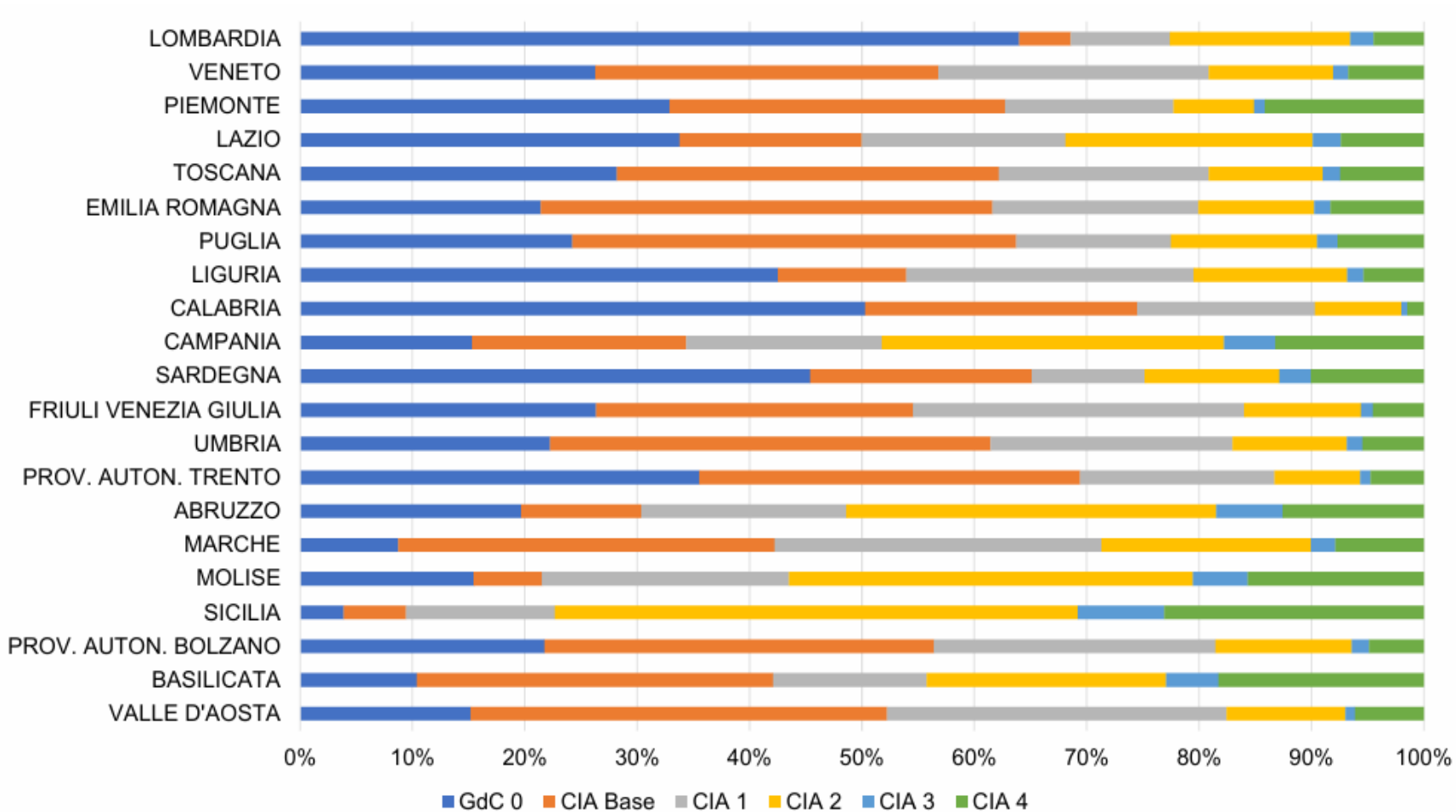
Le ore medie erogate per caso anziano, pari a 16 ore all'anno (dato riferito all'Italia), è molto basso. Occorre riflettere sull'effettiva capacità di un servizio così limitato e contingentato nel tempo di dare risposta ai bisogni assistenziali degli anziani. (Cergas Bocconi, 2024)

Posti residenziali per assistenza agli anziani ≥ 65 anni nelle strutture territoriali per 1.000 residenti anziani, per Regione. Trend 2014-2022 Fonte: Ministero della Salute

L'offerta residenziale in Lombardia cala da 26,89 a 25,90 posti letto per 1.000 residenti anziani nel 2014/2022. In Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, FVG, Liguria e Toscana e mediamente a livello Italia si osserva un incremento dell'offerta in relazione alla popolazione anziana.

Regione	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	26,38	25,64	25,85	26,89	27,53	26,71	28,53	28,68	29,9
Valle d'Aosta	0,17	0,34	0,34	0	0	11,32	11,93	10,76	10,8
Lombardia	26,89	26,7	26,29	26,48	25,65	25,58	25,77	25,65	25,9
Prov.Auton.Bolzano	42,4	37,46	37,5	42,41	42,03	41,81	41,95	43,71	42,6
Prov.Auton.Trento	40,76	39,97	39,54	39,37	38,55	37,72	38,8	38,45	36,4
Veneto	27,23	27,76	27,62	27,4	28,03	28,07	28,12	28,32	28,5
Friuli Venezia Giulia	24,46	24,6	24,13	24,82	24,67	24,66	25,12	26,58	24,9
Liguria	14,51	14,5	14,48	14,66	14,67	15,11	16,57	15,98	16,5
Emilia Romagna	15,47	15,83	15,65	15,51	15,55	15,38	15,27	15,38	15,2
Toscana	12,31	12,57	12,37	13,32	13,99	14,4	15,25	15,61	15,8
Italia	14,43	14,47	14,29	14,64	14,64	14,7	14,95	15,06	15,15

Livelli di intensità dell'ADI. In Lombardia prevalgono gli interventi episodici



Cure domiciliari erogate (flusso SIAD) durante l'anno 2023.

GdC=Giornate di presa in carico; CIA= Coefficiente di intensità assistenziale; GdC 0: in questo caso, la data del primo e dell'ultimo accesso coincidono, si tratta di interventi episodici, cioè la maggioranza di quelli attivati in Lombardia (circa il 65% del totale). CIA Base: grado minimo di intensità assistenziale. Cia 1= primo livello, appena superiore a Cia Base, Cia 2= secondo livello, Cia 3= terzo livello, Cia 4= quarto livello, massimo livello di intensità di cura.

I caregiver informali

L'inadeguatezza e l'eccessiva frammentazione della rete istituzionale di supporto porta all'attivazione di servizi non formalizzati (ad esempio assistenti familiari).

La quota predominante della domanda di assistenza viene soddisfatta anche in questa regione da un mix di **caregiving familiare e informale** (assistenti familiari). Secondo le stime (su dati INPS) del 5° rapporto Domina 2024, nel 2022 in Lombardia erano presenti 70.322 assistenti familiari «regolari» (+9,6% sul 2019 e +26% sul 2013), di cui poco più della metà nell'area di Milano (36.199).

Il rapporto tra assistenti familiari e anziani «regolari» con più di 79 anni è più alto nell'area di Milano (11,3), dove l'offerta di servizi residenziali (n. posti letto) è più contenuta, e più basso invece nelle province di Cremona (6) e Pavia (6,3), dove l'offerta di posti letto è maggiore (dati al 2022). A livello regionale tale quoziente è pari a 9,2.

In base ai dati sulla provenienza (riferiti al totale dei lavoratori domestici) circa l'81% degli assistenti familiari sono cittadini stranieri. In Lombardia il peso degli assistenti familiari regolari sul totale degli anziani non autosufficienti stimati è pari al 12,5% (dati 2022).

Dal punto di vista della domanda, il fenomeno del «badantato» ha modificato la natura degli ingressi in RSA, con particolare riferimento agli anziani non particolarmente gravi (Cergas Bocconi, 2008).

Riferimenti

- Barsanti, S., I servizi residenziali (II). Un'agenda per il dibattito, in NNA (a cura di), 2020, "Punto di non ritorno. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 7° Rapporto", Rimini, Maggioli, pp. 63-82.
- Cembrani F., Vecchiato T., De Leo D., Trabucchi M. Le politiche a favore degli anziani non autosufficienti, 2024 <https://www.cortisupremeesalute.it/wp-content/uploads/2024/05/24.-Cembrani-2.pdf>.
- Comitato nazionale per la Bioetica. Pareri, 2017
- Comitato nazionale per la Bioetica. Pareri, 2021
- Costa, G. e Di Girolamo, C. (2023), "Salute disuguale: un metro per valutare l'impatto dei cambiamenti", in Politiche sociali, n. 3, pagg. 245-268.
- Fosti G., Longo F., Manfredi S., Notarnicola E., Perobelli E., Pongiglione B., Rotolo A., Torbica A.. L'assistenza agli anziani non autosufficienti: trend nazionali e profilazione degli ospiti delle RSA lombarde, in Cergas Bocconi (a cura di), Rapporto Oasi 2024,
- Fosti, G., Notarnicola E., Perobelli E. Il personale come fattore critico di qualità per il settore long term care: 5 Rapporto Oss. Long Term Care, EGEA 2023.
- Laferrère A. et Arnault L. Choix résidentiels des plus de 65 ans en Europe: logement privé ou collectivité?, 2021. Gérontologie et société, 2021/2 vol.43/n.165.
- Gainsforth S., Sina Y. Dove abiteranno gli anziani lo decide il mercato, Internazionale.it, aprile 2023
- Ires Morosini. L'assistenza agli anziani in Lombardia: criticità e prospettive, 2021.
- ISTAT, Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie – 1° gennaio 2022, Roma 2023
- ISTAT, Famiglie, reti familiari, percorsi di lavoro e di vita, 2022.
- ISTAT. Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019, Roma, 2021.
- Italia Longeva, I numeri della Long Term Care in Italia, Indagine 2024.
- Ministero della Salute, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2022, Roma, 2023
- Noli N. Gli Ospedali di Comunità tra passato e futuro, Lombardia Sociale, 7 Maggio 2024.
- OCSE. Verso un'assistenza sociosanitaria integrata incentrata sulla persona in Italia. Inception report (Output 1), 2023
- OCSE). Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, health Policy Studies, Paris, Oecd Publishing, 2020.
- Osservatorio Domina, Rapporto annuale sul lavoro domestico, 2024.

Riferimenti

Ragioneria generale dello Stato - Rgs, Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario”, 2023

Sarti D., Job Resources as Antecedents of Engagement at Work: Evidence from a Long-Term Care Setting, in Human Resources Development Quarterly, 25(2), pp. 213-237, 2014

Ufficio Parlamentare di Bilancio - UPB, Le politiche per la Long Term Care in Italia: luci e ombre delle recenti riforme, 2024. <https://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2024/06/Estrai-cap.-6.pdf>.

Osservatorio SPI Lombardia sulle RSA.

Osservatorio sui comuni lombardi, SPI Lombardia Across – Ires Morosini

ISTAT, Statistiche varie