



MOZ 457

Al Presidente del Consiglio regionale della Lombardia

Oggetto: revisione strutturale e gestionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): sostenibilità, qualità delle cure, equità, valorizzazione del settore 'non profit', 'rette Alzheimer', Fris

premessa

la necessità di ripensare il ruolo e il futuro delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), luoghi di cura che oggi si trovano ad affrontare una realtà sempre più complessa, correlata alla profonda evoluzione dei bisogni assistenziali delle persone anziane, a cui non è ancora corrisposta la revisione del sistema;

considerato che

secondo le proiezioni ISTAT, entro il 2035 la popolazione over 80 in Lombardia crescerà del 41 %, determinando un fabbisogno crescente di assistenza residenziale e semi-residenziale;

nella nostra Regione sono presenti 739 RSA, per oltre 68.500 posti letto autorizzati e quasi 65.000 posti letto accreditati, mentre a contratto risultano oltre 57.000 posti letto; l'indice di copertura in rapporto alla popolazione over 65 è pari al 2,85%, (media italiana 2,33% - media europea 5,4%);

in Lombardia, le strutture del settore no-profit rappresentano circa il 70% dell'offerta complessiva di servizi residenziali e diurni nell'ambito della tutela degli anziani;

rilevato che

il settore delle RSA vede un tasso di saturazione dei posti letto totali oltre il 98%, con una crescente difficoltà di accesso; dati che evidenziano il disallineamento tra il bisogno di assistenza e la copertura offerta dal welfare pubblico;

l'assistenza totale per ospite pari a 1.164 minuti settimanali medi, di questi 839 minuti sono di assistenza di base (*fonte: Osservatorio RSA LIUC Business School – maggio 2025*);

il contributo sosia giornaliero medio è di 44,90 euro, disallineato rispetto alle reali necessità dei servizi, che hanno visto negli ultimi anni un incremento medio del costo giornaliero per posto letto superiore al 10%, principalmente dovuto a spese per personale, energia e adeguamento contrattuale (*fonte: Osservatorio RSA LIUC Business School – maggio 2025*);

evidenziato che

gli attuali ospiti delle RSA sono oggi prevalentemente "grandi anziani" (età superiore agli 85 anni) con condizioni cliniche caratterizzate da totale dipendenza funzionale, elevata comorbidità e frequente deficit cognitivo: oltre il 61% ospiti presenta una grave compromissione delle capacità cognitive (*fonte: Osservatorio RSA LIUC Business School – maggio 2025*);

come dichiarato dal sottosegretario Mauro Piazza durante la seduta n. 71 del Consiglio Regionale del 13 maggio 2025: *"...In Regione Lombardia nel 2024 sono state assistite in RSA 33.254 persone con diagnosi di demenza o Alzheimer, su un totale di 75.349, corrispondente al 44 per cento degli ospiti accolti in regime di servizio sanitario nazionale. Complessivamente, le persone non autosufficienti assistite dalle RSA sono pari a 75.142, quindi il 99,7 per cento degli ospiti non è autosufficiente. In altre parole, oltre alle persone con demenza o Alzheimer, ci sono quasi 42 mila persone non autosufficienti con altre diagnosi"*;

evidenziato altresì che

l'impatto della demenza e la presenza di un'utenza clinicamente più complessa, diversificata e con maggiori esigenze assistenziali richiedono l'introduzione di nuove attività assistenziali per garantire qualità e appropriatezza della cura, tuttavia gli standard gestionali, definiti dalla Regione, risultano superati e non adeguati ai profili attualmente in carico;

nella nostra Regione l'attuale sistema di accreditamento prevede 901 minuti e non tiene conto dell'effettiva intensità assistenziale richiesta oggi alle strutture, cosicché i crescenti costi sanitari, non avendo copertura nei finanziamenti regionali – che non rispettano quanto definito nei LEA e non risultano proporzionati ai costi effettivi sostenuti dalle strutture – vengono in parte riversati dai gestori delle RSA sulla retta praticata agli ospiti, in aggiunta al corrispettivo delle prestazioni di natura non prettamente sanitaria, rendendo l'aumento sempre più difficile da sostenere per le famiglie (+16,4% negli ultimi 4 anni – *dati: Osservatorio Long Term Care Bocconi*);

rilevato che

attualmente, quando un ospite entra in RSA, il costo dei farmaci previsti dal piano terapeutico non risulta più a carico del SSN, come quando il paziente è a domicilio, ma passa a carico della struttura, che si trova a dover sostenere costi elevati per le terapie complesse che contraddistinguono oggi l'utenza delle RSA;

considerata

la mancanza di personale infermieristico e di assistenza (Oss e Asa), una carenza attuale che risulta ancora più critica se proiettata nel futuro; il 10% infatti del personale Oss e Asa con contratto stabile ha già superato i 62 anni, entrando così nel quinquennio che li avvicina alla pensione; tale percentuale è pari a circa il 4% per la controparte infermieristica;

richiamata

la recente giurisprudenza che ha affermato come le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria debbano essere interamente a carico dello Stato, riconoscendo alle famiglie il diritto a non corrispondere la retta mensile nei casi in cui i propri cari, ricoverati nelle Residenze Sanitarie per Anziani, siano affetti da Alzheimer o da patologie neurodegenerative;

evidenziato che

per garantire l'appropriatezza della presa in carico e gli standard di qualità dell'offerta, così da rispondere ai nuovi bisogni, è imprescindibile che i soggetti proprietari e gestori mantengano una costante attività di adeguamento delle strutture;

sottolineato che

per essere sostenibili e adeguate ai bisogni della popolazione anziana, le RSA devono oggi ragionare in un'ottica di filiera e aprirsi al territorio, affiancando all'incremento dei posti letto il potenziamento dei progetti di RSA aperta e di RSA come centri multiservizi, favorendo l'evoluzione del sistema verso una presa in carico globale;

ricordato che

in passato (anni 1999–2009) Regione Lombardia ha periodicamente adeguato il numero di posti contrattualizzati secondo una logica programmatica orientata ad allineare l'offerta al fabbisogno oggettivo - in costante crescita - dei grandi anziani;

a distanza di diciassette anni e alla luce dell'adozione di un nuovo PSSR, appaiono oggi maturi i tempi per procedere alla contrattualizzazione almeno dei posti attualmente accreditati o autorizzati, prevedendo contestualmente una programmazione in prospettiva per il prossimo decennio;

richiamate infine

le recenti disposizioni previste dal Decreto Ministeriale *"Criteri condivisi ed omogenei a livello nazionale per l'individuazione dei requisiti di sicurezza e qualità delle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari a carattere sanitario e sociosanitario"* - attualmente in discussione in Conferenza Stato-Regioni - che introducono aggiornamenti ai requisiti strutturali delle strutture sociosanitarie per persone anziane non autosufficienti;

IMPEGNA LA GIUNTA REGIONALE E L'ASSESSORE COMPETENTE

a provvedere ad un intervento organico e strutturale del sistema delle RSA - pilastro essenziale del servizio sociosanitario lombardo - volto a garantire qualità, equità, sostenibilità e dignità per le persone anziane e fragili, sostegno alle famiglie e agli operatori che quotidianamente ne assicurano la cura, assicurando l'universalismo nell'accesso cosicché ospiti "appropriati" non siano costretti a rinunciare al servizio per motivi economici o per lunghe attese; ovvero:

1. equilibrio tra componente sanitaria e componente sociale:

provvedere alla revisione graduale del sistema tariffario, incrementando progressivamente del 5% annuo, nel triennio 2026-2028, la tariffa pro capite/pro die riconosciuta oggi alle RSA lombarde, adeguando i contributi regionali ai costi reali di gestione e alla maggiore complessità assistenziale, in coerenza con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), considerando la maggior fragilità degli ospiti e la crescente intensità assistenziale da garantire e riducendo, di conseguenza, la quota di compartecipazione (retta) a carico degli ospiti e delle famiglie che oggi, impropriamente, si fanno carico anche di una parte dei costi sanitari;

2. adeguamento numero dei posti letto convenzionati con il SSR:

umentare gradualmente il numero di posti letto in RSA a contratto con Regione Lombardia, in linea con l'attuale bisogno – ovvero implementare progressivamente, nell'arco del triennio 2026-2028, del 5% i posti letto a contratto e del 10% i posti letto a contratto nei nuclei Alzheimer - così da evitare i lunghi tempi di attesa o il ricorso alla solvenza, con l'obiettivo di incrementarlo verso la media europea, correlando il contributo regionale anche a parametri qualitativi, a titolo di esempio: rette calmierate a carico degli ospiti, condizioni contrattuali applicate al personale, strutture che si aprono al territorio con servizi domiciliari e con servizi presso la RSA stessa, in collaborazione con i Comuni in cui la struttura si insedia - oltre che con le Case di Comunità -, RSA che innovano e si specializzano nei processi di presa in carico e di cura degli assistiti;

3. ripartizione oneri prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria e copertura costi di degenza:

sollecitare ulteriormente in sede di Conferenza Stato-Regione la celere definizione della corretta ripartizione degli oneri per le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria e, nelle more di un intervento legislativo nazionale, adottare proprie Linee guida finalizzate a disciplinare in modo puntuale la ripartizione degli oneri relativi alle prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria erogate a favore di persone affette da Alzheimer o da altre patologie neurodegenerative e a prevedere, nei casi in cui la giurisprudenza abbia riconosciuto al cittadino il diritto all'esonero dal pagamento della retta, idonei meccanismi di ristoro economico in favore delle RSA, al fine di assicurare la copertura dei costi di degenza ed evitare conseguenti squilibri gestionali e finanziari;

4. revisione degli standard gestionali e strutturali:

- procedere, entro la fine della XII legislatura regionale, a una rivalutazione del minutaggio assistenziale, aggiornando lo standard minimo di accreditamento alla profonda evoluzione dei bisogni assistenziali delle persone anziane, revisione funzionale alla gestione e all'appropriatezza della cura per un'utenza clinicamente più complessa, diversificata e con maggiori esigenze assistenziali;

- contribuire, nell'ambito del Tavolo tecnico attivo presso la Conferenza Stato-Regioni, alla revisione dei requisiti strutturali delle strutture residenziali sociosanitarie (quali, a titolo esemplificativo, il numero dei servizi igienici, la dimensione e funzionalità degli spazi comuni), in particolare per le strutture di nuova realizzazione, affinché tali standard risultino coerenti con le caratteristiche dell'utenza attuale e futura;

5. valorizzazione del personale:

riconoscere nei finanziamenti regionali sia la formazione continua e permanente per il personale in servizio, sia corsi per nuove figure da assumere;

6. evoluzione del modello di RSA verso strutture "multiservizi" integrate con l'assistenza domiciliare e le cure intermedie:

nell'ottica di un sistema di welfare di filiera, prevedere e sostenere una riconfigurazione delle RSA come centri di servizi integrati nel tessuto territoriale e in rete con le future Case di Comunità, così da favorire l'interazione tra servizi residenziali, semi-residenziali, domiciliari e territoriali, garantendo continuità e prossimità delle cure;

7. rimborso dei farmaci:

riconoscere il rimborso dei farmaci inclusi nei piani terapeutici anche per gli ospiti in RSA, come avviene a domicilio; tale misura garantirebbe equità di trattamento, continuità terapeutica e rimozione degli ostacoli all'accesso alle RSA per i cittadini più fragili;

8. sperimentazione di Centri di Valutazione e Prenotazione (C.V.P.):

avviare delle sperimentazioni di Centri di Valutazione e Prenotazione (C.V.P.) pubblici - facendo tesoro anche di alcuni progetti territoriali avviati autonomamente in questi anni - in seno alle ATS/ASST/Distretti e in raccordo con i PUA (Punti Unico di Accesso) delle Case di Comunità, le COT e gli Enti gestori di RSA, che dopo aver valutato il bisogno assistenziale, orientino l'anziano e la sua famiglia nella ricerca di un inserimento residenziale appropriato, secondo una gestione degli ingressi basata sulla valutazione della gravità del singolo caso, comprensiva sia del quadro sanitario sia di quello sociale e nel rispetto della libera scelta della struttura da parte del richiedente, che permetta di mantenere la posizione in lista per la RSA di gradimento anche quando viene scelta transitoriamente un'altra struttura, perché disponibile di posto letto. L'implementazione di un sistema di monitoraggio delle domande di ingresso tramite codice identificativo (ad es. codice fiscale), garantirà dati aggiornati sugli utenti in attesa e già inseriti, favorendo una gestione più efficace delle liste;

9. valorizzazione del 'non profit':

considerare nei futuri accreditamenti e nelle future contrattualizzazioni di RSA un sistema di valutazione e assegnazione che comprenda, quali criteri premianti, anche la funzione sociale e l'assenza di finalità di lucro dei soggetti del Terzo Settore, in termini di maggior attitudine del sistema a realizzare i principi di sussidiarietà, universalità e solidarietà sociale;

10. fondi strutturali:

ripristinare l'iniziativa FRISL - Fondo Ricostituzione Infrastrutture Sociali Lombardia di cui alla l. r. 33/1991, per la realizzazione di interventi di adeguamento delle strutture sociosanitarie e assistenziali accreditate, così da garantire l'appropriatezza della presa in carico e gli standard di qualità dell'offerta richieste da nuovi bisogni.

Firmatari

CASATI Davide (PD), 23/02/2026
BORGHETTI Carlo (PD), 24/02/2026
ASTUTI Samuele (PD), 24/02/2026
CARRA Marco (PD), 24/02/2026
COMINELLI Miriam (PD), 24/02/2026
ROZZA Maria (PD), 24/02/2026
VALLACCHI Roberta (PD), 24/02/2026
MAJORINO Pierfrancesco (PD), 24/02/2026
BOCCI Paola (PD), 24/02/2026
BUSSOLATI Pietro (PD), 24/02/2026
DELBONO Emilio (PD), 24/02/2026
FRAGOMELI Gian Mario (PD), 24/02/2026
NEGRI Alfredo Simone (PD), 24/02/2026
ORSENIGO Angelo Clemente (PD), 24/02/2026
PILONI Matteo (PD), 24/02/2026
PONTI Pietro Luigi (PD), 24/02/2026
ROMANO Paolo (PD), 24/02/2026
SCANDELLA Jacopo (PD), 24/02/2026

Atto presentato il 25/02/2026 16:13:16