

Rette RSA: non è una “bomba” creata dai giudici. La legge esiste da 30 anni e tutela le persone non autosufficienti

Noctua APS: il problema non sono le sentenze che impongono ai Comuni di contribuire alle rette, ma una prassi che da anni persevera nel trasferire sulle persone non autosufficienti e sulle loro famiglie costi che la legge da quasi 30 anni pone a carico del sistema socio-sanitario. E' sempre la legge che quantomeno dal 1992 nei casi di prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria pone l'intero costo a carico del Servizio sanitario nazionale.

L'allarme lanciato dai Comuni veneti e veronesi sulle conseguenze economiche delle ultime sentenze in materia di rette delle strutture residenziali merita attenzione. Ma merita anche di essere osservato dalla prospettiva di chi quelle rette le paga indebitamente ormai da oltre da 30 anni: anziani non autosufficienti, persone con disabilità e famiglie che possono arrivare a sostenere costi di diverse migliaia di euro ogni mese.

Presentare le decisioni dei giudici come una sorta di improvvisa minaccia per i bilanci comunali rischia infatti di rovesciare i termini della questione.

I giudici non hanno introdotto una nuova prestazione sociale e non hanno creato un nuovo obbligo finanziario. Stanno piuttosto applicando una disciplina nazionale che esiste da 30 anni e che delimita in maniera precisa ciò che può essere richiesto alla persona assistita.

L'ISEE non è uno dei criteri: è il criterio previsto dalla normativa nazionale sin dal 1998.

Sul primo punto il quadro giuridico è ormai particolarmente netto.

Il D.Lgs. 109/1998 e, ora, dal 2015, il D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 disciplina l'Indicatore della situazione economica equivalente quale Livello Essenziale ex art. 117, co. 2, lett. m), Cost. e detta regole specifiche per le prestazioni sociosanitarie residenziali.

L'articolo 6 disciplina espressamente le prestazioni agevolate di natura sociosanitaria e, per quelle erogate in ambiente residenziale a ciclo continuativo, stabilisce le specifiche modalità di determinazione dell'ISEE.

Non si tratta di un dettaglio tecnico.

Significa che la capacità economica dell'assistito non può essere ricostruita discrezionalmente dal singolo Comune attraverso criteri ulteriori, soglie patrimoniali autonome, disponibilità finanziarie presunte o altri parametri peggiorativi estranei alla disciplina nazionale.

Lo ha ricordato anche il Consiglio di Stato con la sentenza n. 778/2025, affermando l'impossibilità per i Comuni di introdurre criteri derogatori peggiorativi rispetto all'ISEE previsto dalla normativa statale.

E la giurisprudenza amministrativa veneta da oltre 20 anni ha ribadito il medesimo principio: l'ISEE costituisce lo strumento "*indefettibile*" attraverso il quale deve essere valutata la situazione economica dell'assistito ai fini della compartecipazione.

Il punto politico, prima ancora che giuridico, è quindi piuttosto semplice: non è accettabile invocare una insufficienza delle risorse comunali per giustificare un'obbligazione economica aggiuntiva a carico della persona non autosufficiente.

Se il sistema di finanziamento non è adeguato, il problema deve essere affrontato tra Stato, Regione e Comuni. Non può essere risolto chiedendo alla persona non autosufficiente e /o disabile di pagare ciò che, secondo la legge, non è tenuta a pagare.

Ma esiste una questione ancora precedente: i Comuni non verificano se esiste una quota socio-alberghiera da porre a carico dell'utente e/o dell'ente locale.

I Comuni, prima di stracciarsi le vesti ed invocare una legge che, appunto, non è necessaria in quanto esiste già ed è chiara, sono chiamati a porsi l'interrogativo circa la natura della prestazione erogata. Sino ad oggi hanno preferito scaricare la questione sull'utente, limitandosi a rispettare la normativa nei soli casi in cui sono stati obbligati da un Giudice.

Il dibattito sulla compartecipazione comunale pone, invero, una questione ancora più importante.

Prima ancora di domandarsi quanto debba pagare l'assistito e quanto debba integrare il Comune, occorre stabilire se quella prestazione possa effettivamente essere suddivisa in una componente sanitaria e in una componente sociale o alberghiera.

La Corte di Cassazione ormai dagli anni '90 è intervenuta ripetutamente sul punto.

Con l'ordinanza n. 26943 del 17 ottobre 2024 ha ribadito che, quando le prestazioni socioassistenziali sono inscindibilmente connesse alle prestazioni sanitarie necessarie alla tutela della salute del singolo paziente, i relativi costi devono essere posti integralmente a carico del Servizio sanitario nazionale.

Ma è soprattutto la recentissima ordinanza della Corte di Cassazione n. 16601 del 27 maggio 2026 ad assumere una rilevanza straordinaria anche per il territorio veronese.

La vicenda giudiziaria nasce infatti proprio a Verona e vedeva coinvolta l'Azienda ULSS 9 Scaligera.

La Suprema Corte ha respinto il ricorso dell'Azienda sanitaria e ha affermato che, quando le prestazioni sanitarie non possono essere eseguite se non congiuntamente alle attività socioassistenziali, queste devono essere considerate prestazioni ad elevata integrazione sanitaria.

La conseguenza è radicale: esse sono di competenza integrale del Servizio sanitario nazionale e devono essere erogate gratuitamente, senza integrazione a carico del Comune, e compartecipazione dell'utente, dei familiari o degli eredi.

Non esiste, in questi casi, una quota alberghiera da distribuire tra utente/famigliari e Comune.

Esiste un'unica prestazione sociosanitaria che, per la sua natura e per le concrete condizioni della persona, deve essere finanziata integralmente dal Servizio sanitario.

La Cassazione supera la lettura automatica del "50 e 50"

Questo passaggio assume ancora maggiore importanza perché la Cassazione n. 16601/2026 affronta direttamente uno degli argomenti tradizionalmente utilizzati per giustificare la ripartizione della retta.

Secondo una lettura diffusa, nella lungoassistenza degli anziani non autosufficienti il costo dovrebbe essere automaticamente ripartito per il 50 per cento a carico del Servizio sanitario e per il restante 50 per cento a carico dell'utente o del Comune.

La Suprema Corte ha invece ricostruito il rapporto tra l'articolo 3-septies del decreto legislativo n. 502/1992 e il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, osservando che le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria possono riguardare anche le fasi estensive e di lungoassistenza.

Essere ricoverati da molto tempo, dunque, non significa automaticamente che metà del costo diventi sociale.

Ciò che conta è la natura concreta delle prestazioni necessarie alla persona.

Quando cura sanitaria e assistenza alla persona costituiscono un intervento unitario e inscindibile, la Cassazione riconduce l'intera prestazione nell'ambito sanitario.

È una distinzione fondamentale perché impedisce che una classificazione amministrativa o contabile possa prevalere sulla reale condizione clinica e assistenziale della persona.

Non tutti gli ospiti delle strutture residenziali hanno automaticamente diritto alla gratuità

Occorre essere altrettanto chiari su un altro punto.

Le pronunce della Cassazione non significano che qualsiasi persona non autosufficiente ricoverata in una struttura residenziale abbia automaticamente diritto alla gratuità totale della retta.

Occorre valutare concretamente la condizione dell'assistito, la natura delle prestazioni erogate e il rapporto esistente tra componente sanitaria e assistenziale.

Ma proprio questa valutazione deve essere effettuata.

Non può essere sostituita dall'affermazione automatica secondo cui il 50 per cento della retta sarebbe sempre una "quota alberghiera" estranea al diritto alla salute.

Ed è qui che il problema assume dimensioni molto più ampie rispetto ai bilanci dei Comuni.

Se numerosi anziani gravemente non autosufficienti stanno pagando da anni una quota qualificata formalmente come alberghiera per prestazioni che, alla luce delle loro effettive condizioni, avrebbero dovuto essere considerate ad elevata integrazione sanitaria, allora non siamo davanti a un problema di eccessiva generosità della giurisprudenza.

Siamo davanti alla possibile attribuzione ai cittadini di costi che avrebbero dovuto gravare sul Servizio sanitario.

Il problema finanziario esiste. Ma non può essere risolto comprimendo un diritto

Noctua APS non sottovaluta le difficoltà finanziarie rappresentate dai Comuni.

Se l'applicazione della normativa nazionale produce un incremento strutturale della spesa sociale degli enti locali, Stato e Regione devono prenderne atto e assicurare risorse adeguate.

È una questione seria di finanza pubblica.

Ma l'equilibrio dei bilanci non può essere perseguito chiedendo alle persone non autosufficienti di finanziare con il proprio patrimonio prestazioni che l'ordinamento pone a carico della fiscalità generale.

Il ragionamento dovrebbe semmai essere capovolto.

Se i Comuni non dispongono delle risorse necessarie per sostenere gli obblighi che la legge attribuisce loro, occorre chiedere alla Regione e allo Stato di finanziare adeguatamente tali funzioni.

E se una parte delle persone oggi chiamate a sostenere la quota alberghiera riceve in realtà prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, occorre verificare se sia proprio il Servizio sanitario a dover assumere integralmente quei costi.

Scaricare il problema sull'ultimo anello della catena – la persona anziana, disabile o non autosufficiente – è certamente la soluzione più semplice dal punto di vista contabile.

È anche quella giuridicamente più discutibile e socialmente più ingiusta.

Prima vengono le persone, poi i capitoli di bilancio

Le recenti sentenze non hanno creato il problema delle rette.

Lo hanno fatto emergere.

Per molti anni il sistema della residenzialità ha potuto funzionare grazie all'enorme contributo economico delle famiglie, che spesso hanno utilizzato pensioni, risparmi e patrimoni, sino alla vendita di immobili, per sostenere il costo dell'assistenza dei propri congiunti.

Oggi la giurisprudenza sta progressivamente chiarendo i confini di ciò che può legittimamente essere richiesto loro.

Quando esiste effettivamente una quota sociale, la compartecipazione dell'assistito deve essere determinata secondo la disciplina nazionale dell'ISEE sociosanitario residenziale e il Comune deve assumere gli obblighi economici che ne conseguono.

Quando invece le condizioni concrete dell'assistito rendono le prestazioni sanitarie e socioassistenziali inscindibili e configurano una prestazione ad elevata integrazione sanitaria, la questione della compartecipazione dell'utente e del Comune viene ancora prima superata: l'intero costo compete al Servizio sanitario nazionale.

È su questa distinzione che dovrebbe concentrarsi il dibattito pubblico.

Perché la sostenibilità finanziaria del sistema della non autosufficienza è certamente un problema collettivo. Ma non può essere trasformato in una tassa occulta sulla malattia, sulla disabilità e sulla non autosufficienza.

Letizia Lanzi- Presidente **Noctua APS**

Chi è Noctua APS

Noctua APS è un'associazione di promozione sociale per la tutela dei diritti dei cittadini, con un'attività centrata sulla sanità pubblica (liste d'attesa, diritto alle cure, LEA) e sui diritti dei consumatori. Opera su tutto il territorio nazionale anche tramite il sistema di segnalazioni NOTTOLA. C.F. 93309080237 – Isola Rizza (VR) – noctua-

Contatti ufficio stampa:

Francisco La Manna – Segretario Generale e Responsabile Comunicazione

info@noctua-aps.it