

RSA: movimenti normativi e il bisogno di una politica

Laura Pelliccia, | 31 marzo 2025

Nell'ambito di un disegno di legge in materia di sanità - il cosiddetto *Ddl prestazioni sanitarie*^[note] Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria - A.S. n.1241^[/note] principalmente attinente la gestione delle liste d'attesa - **sono in corso di discussione alcune regole in tema di compartecipazione ai costi delle strutture sociosanitarie.**

Prima di esaminare le vicende contingenti, diamo uno sguardo al quadro generale su cui si inserisce tale questione, secondo quanto più diffusamente argomentato [qui](#). Il mondo della residenzialità per gli anziani avrebbe avuto bisogno di riqualificazione/sostegno per:

1. adeguare gli standard alla sempre maggiore complessità clinica e assistenziale degli ospiti;
2. remunerare adeguatamente il lavoro in questo settore, evitando le fughe di personale verso altri comparti (es. ospedali);
3. consentire l'universalismo nell'accesso, rafforzando i sostegni per evitare che gli ospiti appropriati siano costretti a rinunciare al servizio per motivi economici;
4. adeguare il numero dei posti convenzionati con il SSN all'aumento del bisogno, per evitare i lunghi tempi di attesa o il ricorso alla solvenza.

Queste politiche sono storicamente mancate e anche i processi di riforma in atto non hanno riservato attenzione al tema. Infatti:

- le Rsa sono rimaste fuori dal *Recovery Plan* e, di fatto, non hanno trovato attenzione concreta nell'ambito dei processi della nuova sanità territoriale;
- la riforma per l'assistenza agli anziani (legge delega 33/2023) è stata concepita a costo zero e, al momento, anche le relative previsioni in materia di residenzialità non sono state accompagnate da finanziamenti aggiuntivi, tant'è che è difficile aspettarsi che i provvedimenti attuativi possano comportare adeguamenti degli standard;
- la questione della residenzialità anziani è stata esclusa dal processo di definizione dei Leps (scelta ribadita dal Dlgs 29/2024) e i Comuni che oggi intervengono sulla quota sociale lo fanno a loro carico, senza che nei processi di assegnazione delle risorse vengano adeguatamente riconosciuti questi sforzi.

In questa inerzia istituzionale sono intervenute alcune sentenze (principalmente in tema di gratuità delle RSA per i malati di Alzheimer) **che stanno scuotendo i già precari equilibri dei sistemi regionali e delle strutture.** Sulla stessa casistica, negli scorsi anni, ci sono state anche pronunce giurisprudenziali di diverso orientamento.

Le pronunce che hanno riconosciuto a singoli cittadini la gratuità alle RSA hanno motivato tale scelta con la presenza di esigenze cliniche; la sola presenza di questo tipo di prestazioni sanitarie -ritenute dai giudici inscindibili rispetto ai bisogni socio-assistenziali- è stato motivo per affermare che il Servizio Sanitario Nazionale dovesse essere interamente responsabile del conto (peraltro senza valutare quale fosse il peso effettivo delle prestazioni sanitarie di cui aveva beneficiato il cittadino rispetto al peso complessivo del suo impegno assistenziale). Ciò sembra contraddire la regolazione dell'integrazione socio-sanitaria: a partire dal Dpcm 14/2/2001, proprio per riconoscere che le RSA, quando erogano lungo-assistenza agli anziani non autosufficienti, soddisfano inscindibilmente bisogni socio-assistenziali e bisogni sanitari, tale assistenza era stata considerata un servizio unitario, alle cui spese compartecipano sanità (50%) e Comuni-cittadini (50%).

La giurisprudenza non ha sinora fornito evidenze sulla maggior sanitarizzazione di alcune casistiche (es. le demenze) sulle altre, tali da essere tradotte in criteri generali di selezione/eleggibilità alla gratuità. Nel riconoscere la gratuità a cittadini singoli non ci si è chiesto se quello fosse un diritto che il sistema pubblico sarebbe stato in grado di assicurare a tutti gli assistiti nelle stesse condizioni. Le pronunce sui singoli casi hanno comportato benefici solo per i ricorrenti (spesso dopo la morte dei ricoverati) [con una serie di effetti indiretti](#):

- generali aspettative nell'opinione pubblica che il SSN possa finanziare integralmente la residenzialità (un obiettivo utopistico e incompatibile con lo stato della finanza pubblica^[note] Si veda anche [Diritti nelle sentenze vs diritti nei bilanci pubblici](#) | [SDA Bocconi School of Management - Top Business School in Europe](#)^[/note]);

- insostenibilità e incertezza di ricavi per le strutture erogatrici;
- proliferazione del contenzioso;
- iniquità tra garanzie assicurate all'anziano a domicilio e anziano nelle residenze, con conseguenti incentivi all'istituzionalizzazione;
- iniquità tra trattamenti di diverse patologie a parità di carico assistenziale;
- disincentivi per le strutture a prendere in carico l'utenza Alzheimer (le strutture stanno rinunciando ad aprire nuovi nuclei Alzheimer, proprio in quanto questo tipo di utenza è quella per cui più probabilmente saranno esposte a ricorsi)
- disparità tra cittadini che possono far ricorso e il resto delle famiglie che continuano a sopportare le rette/assistere gli anziani a domicilio.

Questa situazione aveva raggiunto un livello di criticità tale da meritare un intervento chiarificatore da parte delle competenti istituzioni nazionali, per dare un'interpretazione autentica alle regole vigenti e, stante l'importanza dei nodi critici della residenzialità, definire una vera e propria politica regolatoria per riqualificare in futuro questo settore. L'aver aperto un dibattito parlamentare sul tema è senz'altro una presa di consapevolezza da parte dei decisori della necessità di intervento.

Occorre capire se la proposta normativa in itinere rappresenta o meno una soluzione alla complessità che si è venuta a creare e ai più generali nodi storici del settore.

Nello specifico, l'emendamento al *Ddl prestazioni sanitarie* in origine ha cercato di confermare i principi del Dpcm Lea sulle regole di riparto degli oneri, limitando il concorso della sanità alla percentuale prevista dai Lea (ciò avrebbe significato, ad esempio, confermare per i ricoveri di lungo-assistenza la regola del 50% in capo alla sanità e 50% ai cittadini/Comuni). L'obiettivo era dunque quello di salvaguardare l'attuale regolazione delle Regioni, dando certezza di regole agli operatori coinvolti.

Qualche perplessità di ordine giuridico desta la tecnicità con cui è stato redatto l'emendamento (*drafting*): **si può prevedere che una modifica normativa abbia effetti retroattivi anche sul contenzioso già in essere?** Sarebbe stato sicuramente più utile, se questo era lo scopo, che l'emendamento fosse impostato come un'interpretazione autentica da parte del legislatore.

L'emendamento è stato rappresentato dall'opinione pubblica come un taglio. Si può parlare di taglio solo se prima di questo intervento c'è stata l'affermazione di un diritto soggettivo (quanto? a chi? come? con quali risorse?) e se questo diritto è stato finanziato. Vale la pena ricordare che fino ad oggi, nonostante il bisogno di maggiori tutele per gli anziani non autosufficienti con bisogni di residenzialità, sono mancati provvedimenti di rafforzamento delle garanzie nazionali e finanziamenti dedicati a questo scopo:

- sul fronte sanitario le recenti leggi di bilancio e il PNRR non hanno stanziato risorse aggiuntive;
- i fondi nazionali per le politiche sociali non possono essere usati per la residenzialità che, peraltro, è fuori dal perimetro Leps;
- nell'ambito della recente delega anziani, il legislatore avrebbe potuto recepire gli orientamenti giurisprudenziali, mentre ha intenzionalmente confermato le previsioni dell'art. 30 del Dpcm Lea 12/1/2017.

Nel corso dell'iter legislativo il testo ha subito delle variazioni con cui sembra emergere la volontà del legislatore di rendere "elevabile", nei casi di alta complessità assistenziale, la percentuale di

compartecipazione del SSN dal 50 al 70%[note]Alla data attuale [questa la versione più aggiornata dell'emendamento:](#)

«Art. 13-bis (Modifiche all'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730): 1. All'articolo 30, comma 1, della legge 27 dicembre 1983, n. 730, le parole: "Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali" sono sostituite dalle seguenti: "Sono a carico del fondo sanitario nazionale esclusivamente gli oneri delle attività di rilievo sanitario anche se connesse con quelle socio-assistenziali".

Conseguentemente, nell'ambito della quota a carico del servizio sanitario nazionale per l'erogazione delle prestazioni di assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale, di cui all'articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, salva la ripartizione ivi contemplata elevabile al 70 per cento nei casi di alta complessità assistenziale, sono a carico del fondo sanitario nazionale esclusivamente gli oneri delle prestazioni di rilievo sanitario, secondo quanto rilevato nell'ambito della valutazione multidimensionale per la presa in carico dell'assistito, anche se connesse con quelle socio-assistenziali in termini di specifica efficacia terapeutica. 2. Le disposizioni di cui al primo comma si applicano anche agli eventuali procedimenti giurisdizionali in essere alla data di entrata in vigore della presente legge.».[note]. Questa volontà non sembra essere accompagnata da finanziamenti e, dunque, i problemi di copertura finanziaria e di dissesto per gli equilibri dei bilanci delle sanità regionali non sembrano essere risolti. Non è altresì precisato cosa si intenda per "alta complessità assistenziale", chi è tenuto a definirla e quali dovrebbero essere gli standard da assicurare a questa maggiore complessità.

Qualche dubbio solleva anche il termine “elevabile” (diverso da “elevato”): quello di alzare il concorso del SSN è concepito come un’eventualità e non una certezza, fatto che potrebbe generare ancora più confusione normativa in un contesto dove quello che invece serve sono regole chiare per cittadini e operatori.

Il rischio è che si crei nei cittadini l’aspettativa alla copertura del 70% senza che questo sia un obbligo per le Regioni che, senza risorse aggiuntive, non possono permettersi di alzare il concorso della sanità dal 50 al 70%. Finora i Lea, proprio perché lo “zoccolo” comune da garantire in tutte le regioni, sono stati definiti con l’intenzione di dare certezza e uniformità dell’assistenza considerata essenziale. Quando il legislatore ha inteso rafforzare le garanzie nazionali lo ha fatto stanziando nuove risorse e rendendo obbligatoria l’erogazione delle garanzie aggiuntive in tutto il Paese[*note*]Si veda ad esempio la recente introduzione di garanzie per la Procreazione Medicalmente Assistita[/*note*]. **Definire dei Lea facoltativi non fa certo bene agli anziani, agli operatori e al resto dei portatori di interesse. È probabile che crei più lavoro per gli avvocati e per il sistema giustizia.**

Resta in ogni caso aperta l’esigenza del Paese di una politica per la residenzialità, elemento che meriterebbe un confronto molto più articolato di un semplice emendamento, attraverso tavoli che dovrebbero coinvolgere tutti i livelli istituzionali competenti (Ministeri, Regioni e Comuni), il mondo scientifico, il mondo degli erogatori e le rappresentanze dei cittadini.