

1. Originariamente la giurisprudenza cavalcava il tema della “prevalenza” tra prestazioni sanitarie e prestazioni assistenziali. Dal 2024 il focus si è spostato sull’integrazione e inscindibilità delle prestazioni sanitarie e assistenziali. Da un punto di vista strettamente tecnico (non giuridico), che obiezioni sentite di muovere nei confronti di questo orientamento? Questo principio non rischia di ampliare esponenzialmente la platea dei possibili ricorrenti?

→ Sono due le domande. Parto dalla seconda per mettere tutti sull’avviso che, di fatto, nel clima misto tra *civil law* (che dovrebbe essere quello italiano) e *common law* (anglosassone), la giurisprudenza qui in Italia è prevalentemente interpretativa non applicativa delle leggi; pertanto, la prima conseguenza è “*tot iudices tot sententiae*” mentre la conseguenza ultima del *trend* della magistratura porterà a riconoscere la natura esclusivamente sanitaria delle prestazioni **per tutti i non autosufficienti gravi non solo per le persone affette da demenza o altre malattie neurodegenerative**.

→ È basilare, inoltre, aver chiaro e rendere chiaro ad altri che **il concetto di inscindibilità è equivoco**. Infatti, nelle RSA la differenza tra intensità assistenziale e intensità clinica è sempre presente sia concettualmente sia operativamente dalle situazioni meno complesse a quelle gravi.

Assistenza e cura sono due assi concatenati ma sempre distinti e che, armonizzandosi, definiscono il profilo di complessità totale di un ospite e il reale costo della sua presa in carico.

Forse s’intende per inscindibilità che c’è interdipendenza tra assistenza e cura, ma ciò vale per tutti i livelli – qui in Lombardia dalla classe 8 alla classe 1 della SOSIA - anzi più la persona è dipendente più ha bisogno dell’assistenza di base.

Analogo ragionamento vale nel caso si parli di ‘strumentalità dell’assistenza’ perché è ovvio che la *care* è funzionale alla *cure* in ogni fase della malattia cronica invalidante.

Quanto qui io affronto con un’argomentazione logica e osservazionale è stato efficacemente misurato nel corso di uno studio approfondito sui tempi e sui costi delle attività svolte all’interno del Nucleo Alzheimer di Villaggio Amico.

→ Comunque pur mantenendo la validità dell’idea equivoca dell’inscindibilità delle prestazioni sanitarie e assistenziali nei casi gravi, allora **occorre stabilire e rendere vincolante un metodo uniforme di classificazione della gravità delle demenze** per determinare in modo trasparente quando si passa di fatto a un nuovo LEA a totale carico del SSN. È, infatti, un nuovo LEA perché **non si passa dall’art. 30 comma 1 lettera b) all’art. 30 comma 1 lettera a)** perché quest’ultimo prevede che la durata del trattamento estensivo, di norma non sia superiore a sessanta giorni. Sorge qui la domanda: tocca alla magistratura aggiornare i LEA o non invece alla **Commissione nazionale per l’aggiornamento dei LEA**, istituita presso il Ministero della Salute?

2. Che cosa chiedete esattamente ai policy maker regionali/nazionali per evitare che l’intero peso del contenzioso e delle richieste di rimborso delle rette Alzheimer ricada esclusivamente sui soggetti gestori delle RSA?

→ Il nuovo Piano sanitario nazionale deve mettere in risalto l’importanza programmatoria della **non autosufficienza**. Non solo la demenza, ma l’intero problema della non autosufficienza va affrontato con un approccio di sanità pubblica. Sono, infatti, gli anziani cronici e polipatologici a costituire la principale utenza del sistema per la salute: quest’affermazione non è solo una percezione, ma è un fenomeno strutturale e misurabile, che **definisce ormai l’identità stessa del Servizio Sanitario Nazionale**.

→ Detto ciò, bisogna vedere la “big picture” (il quadro nella sua grandezza naturale) e i policy makers di qualunque livello devono aver maggiore consapevolezza di alcuni fattori condizionanti. Questo ‘bagno nella realtà’ dobbiamo farlo tutti noi però!

Primo. Come dice il Censis nel suo recentissimo rapporto, siamo nel **post Welfare State** situazione che è facilmente comprensibile se confrontiamo le percentuali interessi sul debito che ha l'Italia: ~3,9–4,6 % del PIL vs investimenti pubblici ~3,7–5,4 % del PIL. Ciò significa che l'onere del debito assorbe una fetta significativa delle risorse statali, in alcuni anni praticamente pari o maggiore alla spesa per investimenti.

Di fatto, questo limita lo “spazio di manovra” per investire in sviluppo, servizi pubblici, innovazione, ecc. — perché parte consistente delle entrate va solo per servire il debito.

Secondo. Il rapporto tra popolazione attiva e inattiva in Italia sta diventando **sempre più sbilanciato a favore degli inattivi** a causa del calo demografico e dell'invecchiamento della popolazione. Questa tendenza pone sfide significative dal punto di vista fiscale e previdenziale con tutte le ricadute a cascata.

Terzo. Mentre i dati nominali possono suggerire stabilità o crescita, l'impatto reale dell'inflazione ha eroso la capacità di spesa delle famiglie, che si trovano a fare scelte più oculate¹. Le prospettive future dipenderanno in gran parte dalla stabilità dell'inflazione e dalla ripresa economica complessiva che però deve tener conto dei due punti precedenti

→ Dentro tale cornice vanno trovate soluzioni che consentano la sostenibilità gestionale dei servizi residenziali per anziani e disabili a breve ma soprattutto a lungo termine. La prima soluzione può essere estemporanea ("Addà passà 'a nuttata" direbbe Eduardo De Filippo) la seconda deve essere strutturalmente solida. La situazione attuale rende necessaria **un'azione legislativa rapida** per tamponare la crisi con l'introduzione di un emendamento all'art. 30 lettera b) del DPCM 12 gennaio 2017 in cui si chiarisce la suddivisione al 50% anche per le demenze così da superare gli attuali contenziosi giurisdizionali e di contrastare definitivamente i comportamenti delle famiglie che hanno smesso di pagare le rette.

Per una piena comprensione di quanto dico rimando alla lettura proposta del Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza, alla cui stesura ho contribuito: **LE RETTE IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI Cancellare le ingiustizie di oggi – Costruire un sistema equo per domani.**

→ Per quanto mi riguarda ritengo urgente studiare l'implementazione di **un secondo pilastro integrativo, con funzione complementare rispetto alle prestazioni assicurate dal finanziamento pubblico dei livelli essenziali.**

L'introduzione di una **copertura assicurativa LTC di base obbligatoria** non è solo una scelta di politica sociale lungimirante, ma un **imperativo morale ed economico** per l'intera collettività. L'assistenza a lungo termine è un costo ingente che, nella maggior parte dei casi, ricade interamente sulla famiglia, diventando una delle principali cause di **impoverimento** e disaggregazione sociale. L'obbligatorietà di una copertura di base realizzerebbe i principi di **equità e solidarietà**.

Mi riferisco all'idea di creare dei Fondi Integrativi per la Non Autosufficienza, cioè strumenti collettivi che, seguendo principi di mutualità e solidarietà, possano offrire sia servizi (come assistenza o cure) sia una rendita economica a chi ne ha bisogno, soprattutto quando non è più

¹ Nell'anno in corso, **501.922 persone** residenti in Italia si sono trovate in condizioni di **povertà sanitaria** e hanno dovuto chiedere aiuto a una delle 2.034 realtà assistenziali convenzionate con Banco Farmaceutico per ricevere gratuitamente farmaci e cure che, altrimenti, non avrebbero potuto permettersi. A dirlo è il **12° Rapporto Donare per curare – Povertà Sanitaria e Donazione Farmaci** realizzato da OPSan – Osservatorio sulla Povertà Sanitaria, organo di ricerca di Banco Farmaceutico, i cui dati sono stati presentati il 2 dicembre 2025 in un convegno organizzato insieme ad AIFA.

autosufficiente. In pratica, si prevede che le persone contribuiscano economicamente a questi fondi durante la loro vita lavorativa (“in età attiva”), pagando regolarmente una quota. Questo contributo è organizzato a livello collettivo, spesso collegato ai contratti di lavoro, e viene gestito attraverso un sistema di capitalizzazione: i soldi versati vengono messi da parte e investiti, così da creare un “tesoretto” comune che potrà essere utilizzato per coprire i bisogni di assistenza dei membri quando ne avranno necessità, cioè in età avanzata o in caso di perdita dell'autosufficienza.

3. Quali sono le azioni e le strategie di difesa/gestione che enti gestori e associazioni di categoria potrebbero adottare in logica coordinata (es. linee guida comuni, strumenti assicurativi, etc.) per fronteggiare in modo omogeneo il tema delle rette Alzheimer? Che indicazione sentite di dare ai vostri associati nel caso di ospite presente in struttura che sospende il pagamento della retta?

→ Gli associati a Confcommercio Salute Sanità e Cura dispongono di uffici legali di comprovata esperienza e riconosciuto prestigio cui possono affidarsi per la tutela dei propri interessi. Le considerazioni che seguono rappresentano opinioni mie personali e non costituiscono certamente parere legale non avendo io alcun titolo che lo consenta.

→ **Quali azioni consiglierei io in attesa di interventi legislativi**

a) **Come tutti sapete il Governo ha stanziato 100 mln annui dal 2026 per l'assistenza ai malati Alzheimer in Rsa.** Rispondendo ad un'interrogazione Pd, il sottosegretario alla Salute Gemmato ha spiegato che la copertura integrale della retta da parte del Ssn scatta solo quando le prestazioni sociali sono in “nesso di strumentalità necessaria” con quelle sanitarie, ovvero sono inscindibili. “Tuttavia”, ha precisato il sottosegretario, “la giurisprudenza ha chiarito che **va esclusa la sussistenza di qualsivoglia automatismo**”. La valutazione, quindi, deve essere fatta caso per caso.

La conclusione che ne ricavo io è che **si lascia ai giudici di fare la “Valutazione Multidimensionale”** (tra virgolette ovviamente) e che si potrà attingere al riconoscimento della retta **solo in caso di emessa sentenza**. Ossia, solo in presenza di un contenzioso e di una sentenza favorevole alla famiglia si potrà ottenere il riconoscimento della copertura da parte del SSN. Pertanto, è opportuno che la struttura residenziale valuti attentamente, con il supporto di consulenti legali, se opporsi o meno alle richieste di sospensione del pagamento da parte delle famiglie, considerando che ogni situazione va analizzata nel dettaglio e che **una posizione proattiva nelle sedi competenti può risultare più tutelante rispetto a un atteggiamento rinunciatario**.

b) Alla luce dell'attuale quadro normativo e giurisprudenziale, ritengo che **un'azione legale collettiva di recupero crediti sia verso le famiglie sia verso l'Ente Pubblico, presenti limitate probabilità di successo**, in quanto le situazioni concrete risultano spesso differenziate e difficilmente riconducibili a fattispecie omogenee tali da giustificare un'azione comune.

Invece **la singola struttura ospitante** può promuovere ogni possibile intervento sia – come già detto - verso le famiglie sia presso l'Ente Pubblico, tenuto a soddisfare l'eventuale debito nei suoi confronti: inviti, diffide e in caso di persistente inadempimento, opportune azioni giudiziarie onde ottenere un adempimento coatto.

c) Sebbene possa apparire **complesso** o difficilmente realizzabile, è possibile **valutare la costruzione di un fronte comune con le famiglie**, finalizzato a promuovere una difesa fondata sull'obbligo dell'Ente Pubblico di sostenere i costi dell'assistenza sociosanitaria. Tale strategia si basa sul principio, ormai consolidato in giurisprudenza, secondo cui la responsabilità

economica primaria per tali prestazioni grava sull'ente pubblico, mentre l'obbligo delle famiglie deve essere considerato solo in via sussidiaria e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Mi spiego. Nei casi in cui la posizione difensiva della struttura risulti giuridicamente fragile, appare opportuno instaurare un dialogo costruttivo con le famiglie degli ospiti, **sia spiegando le ricadute sull'indennità di accompagnamento e sulle riduzioni fiscali di un'eventuale completa gratuità sia offrendo anche supporto legale, al fine di coinvolgere direttamente l'ATS/ASL nei procedimenti giudiziari eventualmente necessari**. Questo approccio, fondato sulla collaborazione e sulla *moral suasion*, può rafforzare la tutela sia degli interessi delle strutture sia di quelli degli utenti, promuovendo soluzioni condivise e il riconoscimento delle responsabilità pubbliche in materia di assistenza.