

Ministro della Salute
On. Orazio Schillaci

Vice Ministro del Lavoro e Politiche Sociali
On. Maria Teresa Bellucci

Presidente della Conferenza Stato-Regioni
Dott. Massimiliano Fedriga

Presidente ANCI
Dott. Gaetano Manfredi

Oggetto: Rette RSA e compartecipazione alla spesa - Proposta di intervento e coordinamento interistituzionale

Premessa

Il tema della compartecipazione alla spesa nelle RSA per persone non autosufficienti rappresenta oggi uno degli ambiti più sensibili e complessi del sistema socio-sanitario.

Negli ultimi anni si sono sviluppate interpretazioni non sempre omogenee del quadro normativo nazionale, con conseguenti disallineamenti applicativi tra territori. Ciò ha generato incertezza per le famiglie, difficoltà operative per Comuni e aziende sanitarie e un significativo aumento del contenzioso.

In tale contesto, si ritiene necessario promuovere un intervento istituzionale che, senza modificare l'impianto normativo vigente, rafforzi la coerenza e l'uniformità della sua applicazione, nel rispetto dell'assetto costituzionale e delle competenze attribuite ai diversi livelli di governo.

Quadro normativo e costituzionale di riferimento

La presente proposta si colloca nel pieno rispetto dei principi costituzionali e del quadro normativo nazionale vigente.

In particolare:

- l'art. 32 della Costituzione tutela il diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo;
- l'art. 3 della Costituzione sancisce il principio di uguaglianza sostanziale e impone la riduzione delle disuguaglianze territoriali;
- l'art. 38 della Costituzione riconosce il diritto all'assistenza per le persone in condizioni di fragilità;
- l'art. 117 della Costituzione disciplina il riparto delle competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria e sociosanitaria.

A tali principi si affianca un quadro normativo già definito, che costituisce il riferimento per l'organizzazione e il finanziamento delle prestazioni nelle RSA:

- il D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni, che ha riorganizzato il Servizio Sanitario Nazionale e definito il sistema di accreditamento e finanziamento delle prestazioni;
- il DPCM 14 febbraio 2001, che ha introdotto la classificazione delle prestazioni socio-sanitarie distinguendo tra prestazioni sanitarie, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria;
- il DPCM 12 gennaio 2017 (LEA), in particolare l'art. 30, che disciplina l'assistenza alle persone non autosufficienti distinguendo tra trattamenti estensivi (a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale) e trattamenti di lungoassistenza (con compartecipazione tra quota sanitaria e quota sociale);
- la Legge 328/2000, che definisce il sistema integrato dei servizi sociali e attribuisce ai Comuni un ruolo nella copertura della quota sociale per le persone in condizioni economiche insufficienti;

- il DPCM 159/2013, che disciplina l'ISEE per l'accesso alle prestazioni sociosanitarie residenziali;
- il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, quale strumento di sostegno alle persone fragili e alle loro famiglie.

Sul piano interpretativo, si registra inoltre un orientamento giurisprudenziale consolidato, in particolare della Corte di Cassazione, che ha richiamato il principio di integrazione tra prestazioni sanitarie e assistenziali nei casi di elevata complessità, contribuendo a generare ulteriori elementi di incertezza applicativa nei diversi territori.

Alla luce di tale quadro, emerge chiaramente come il sistema disponga già delle norme necessarie, ma presenti criticità nella loro applicazione concreta.

Obiettivo

L'obiettivo della presente proposta è definire un quadro chiaro, equo e sostenibile nella determinazione della compartecipazione alle rette RSA, riducendo il contenzioso, rafforzando la tutela delle persone non autosufficienti e garantendo maggiore uniformità tra territori.

Linee di intervento

Chiarimento interpretativo nazionale sui LEA

Si propone l'adozione, da parte del Governo e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, di strumenti di indirizzo quali linee guida nazionali o circolari interpretative,

finalizzati a chiarire in modo uniforme:

- la distinzione tra trattamenti estensivi e lungoassistenza;
- i criteri di integrazione tra assistenza e cura;

Tale intervento consentirebbe di superare le attuali disomogeneità interpretative, senza incidere sulle competenze regionali.

Definizione di criteri nazionali di riferimento per la quota sanitaria

Si propone l'individuazione di criteri nazionali minimi di riferimento, di natura non vincolante, per la determinazione della quota sanitaria nelle RSA, correlati all'intensità assistenziale.

In tale ambito, potrebbe essere utile definire range indicativi (ad esempio 50-60-70%), da utilizzare come benchmark per le programmazioni regionali.

L'obiettivo è ridurre le diseguaglianze territoriali, salvaguardando al contempo l'autonomia delle Regioni.

Rafforzamento del Fondo per la non autosufficienza

Si propone un rafforzamento strutturale del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, prevedendo:

- un incremento delle risorse;
- una quota dedicata al sostegno della residenzialità;
- misure specifiche a favore delle famiglie con ISEE medio-basso.

Ciò consentirebbe di alleggerire la pressione economica sulle famiglie, senza compromettere la sostenibilità del sistema.

Chiarezza sul ruolo dei Comuni

Si propone la definizione, in sede nazionale, di principi uniformi che chiariscano:

- modalità e criteri di integrazione della quota sociale da parte dei Comuni;
- utilizzo dell'ISEE come strumento di riferimento;

- tempi e procedure di intervento.

L'obiettivo è evitare situazioni in cui le famiglie si trovano in condizioni di incertezza tra livelli istituzionali diversi.

Definizione condivisa dei criteri clinici

Si propone l'elaborazione, con il supporto del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità, di criteri clinici nazionali e indicatori condivisi per individuare le condizioni di elevata integrazione socio-sanitaria.

Tale intervento consentirebbe di ridurre il contenzioso e garantire maggiore certezza nei casi a più alta complessità assistenziale.

Trasparenza nella composizione delle rette

Si propone il rafforzamento degli obblighi di trasparenza, prevedendo:

- la chiara distinzione tra quota sanitaria e quota sociale;
- la pubblicazione dei dati a livello regionale;
- strumenti informativi accessibili ai cittadini.

Ciò contribuirebbe a rafforzare la fiducia nel sistema e a migliorare la comprensione delle modalità di compartecipazione.

Punto di equilibrio istituzionale

L'impostazione proposta si fonda su un principio chiaro: rafforzare il sistema senza alterarne l'equilibrio. Non si propone una centralizzazione delle competenze, non si interviene in modo invasivo sulle autonomie regionali, non si introducono rigidità normative.

L'intervento si concentra invece su chiarezza interpretativa, coerenza applicativa e sostegno alle fragilità.

Conclusioni

Il sistema delle RSA non presenta una carenza di norme ma una disomogeneità nella loro applicazione.

Un intervento nazionale di indirizzo, costruito in collaborazione con le Regioni, può:

- ridurre il contenzioso;
- garantire maggiore equità tra cittadini;
- rafforzare la sostenibilità complessiva del sistema.

La priorità non è modificare il quadro normativo, ma renderlo chiaro, uniforme e pienamente applicabile.

Distinti saluti,

Luca Pallavicini
Presidente nazionale Conf Salute



Roma, martedì 24 marzo 2026
Prot. n. 20260301/LP/pv