

Una sanità territoriale per evitare nuove disuguaglianze

Di Gilberto Turati

il 02/07/2026

in [In evidenza](#)

Case della comunità e gestione della cronicità

La sanità territoriale ha bisogno di essere profondamente riformata e la questione dei [medici di famiglia](#), che ha infiammato il dibattito politico nelle ultime settimane è solo uno dei tanti nodi ancora da sciogliere, nonostante la “[soluzione](#)” di [compromesso](#) (un impegno fino a un massimo di sei ore settimanali nelle Case della comunità), raggiunta in extremis per rispettare, almeno formalmente, i target del Pnrr.

Un problema connesso e altrettanto pressante è la necessità di integrare le prestazioni sociali e quelle sanitarie, un tema che chiama ancora una volta in causa il ruolo delle Case della comunità e il bisogno di équipe multiprofessionali capaci di gestire le cronicità.

Se si continua a fare finta di nulla, il rischio è quello di una riforma di emergenza, guidata dalle decisioni dei giudici o di una privatizzazione di fatto. La scelta di cosa fare della sanità territoriale dovrebbe invece essere della politica, che deve rispondere alla domanda circa la sostenibilità finanziaria del Servizio sanitario nazionale quando le malattie croniche sono sempre più diffuse.

La sentenza del giudice

L'ultimo caso in ordine di tempo nasce da una controversia promossa dai familiari di un paziente non autosufficiente ricoverato in una struttura residenziale (Rsa), affetto da grave decadimento cognitivo e bisognoso di assistenza continuativa. La domanda giudiziale riguardava il rimborso delle [rette versate per il ricovero in Rsa](#), sul presupposto che le prestazioni erogate dovessero essere qualificate come integralmente sanitarie, in quanto caratterizzate da una condizione clinica tale da rendere

“inscindibile” l’attività assistenziale quotidiana dalla componente terapeutica.

Nel solco della giurisprudenza della Corte di Cassazione in materia di prestazioni sociosanitarie, la sentenza sul caso del Tribunale di Roma (n. 7943, depositata il 20 maggio 2026) ha ribadito che quando il ricovero in una Rsa riguarda pazienti con patologie gravi e prestazioni caratterizzate da una forte componente sanitaria, i relativi costi devono essere sostenuti dal sistema sanitario pubblico. Il giudice, quindi, ha nuovamente stabilito che l’intero intervento deve essere qualificato come prestazione sanitaria rientrante nei livelli essenziali di assistenza (Lea), con conseguente onere economico integralmente a carico del Ssn. La novità è che la Regione Lazio, in questo caso, può essere chiamata direttamente a rispondere e a restituire le somme indebitamente richieste agli assistiti. Se passasse questo principio, i finanziamenti per il Ssn, che non contemplano la copertura di tali prestazioni (oggi garantita da risorse delle famiglie), risulterebbero chiaramente incipienti, con l’ovvia conseguenza di una crescita dei disavanzi regionali.

Il problema

Il problema è la classificazione dei trattamenti che mischiano prestazioni sociali e sanitarie. Con l’aggiornamento dei Lea delineato dal Dpcm 12 gennaio 2017, il sistema distingue infatti tra prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (a elevata integrazione sociosanitaria) e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, attribuendo alle prime una prevalenza della componente sanitaria e quindi la copertura integrale a carico del Ssn. In questo schema, le prestazioni rivolte a soggetti non autosufficienti in condizioni cliniche complesse — come nel caso delle gravi demenze — vengono frequentemente ricondotte alla categoria delle prestazioni a elevata integrazione sanitaria, proprio perché la componente assistenziale risulta funzionalmente inscindibile da quella clinico-terapeutica, quindi finiscono in capo alle regioni. Diversamente, le prestazioni a prevalente carattere sociale restano in capo ai comuni, con eventuale compartecipazione dell’utente in base all’Isee. Ma solo le prestazioni a prevalenza sanitaria rientrano integralmente nei Lea e sono quindi finanziate dal Ssn. È proprio su questa linea di confine, resa volutamente flessibile dal legislatore della riforma dei Lea per intercettare la complessità delle condizioni croniche e degenerative, che si innesta il

contenzioso giurisprudenziale più recente: la difficoltà di scorporare in modo netto assistenza e cura ha progressivamente spostato l'asse interpretativo verso una lettura estensiva della prevalenza sanitaria nei casi di non autosufficienza grave, rafforzando così l'impostazione accolta anche dal Tribunale di Roma.

L'importanza della decisione si coglie ricordando che il Dpcm 2017 sui "nuovi Lea" non contiene alcuna disposizione sulla parte degli oneri non ricompresi nelle percentuali di copertura assegnate al Ssn, demandandone la gestione alle regioni e ai comuni, che definiscono diverse modalità di cofinanziamento tra enti locali e persone assistite anche in base alle disponibilità di bilancio.

Le diseguaglianze (sulle quali ci sono evidenze frammentate) possono essere enormi: a parità di bisogno assistenziale, un cittadino può accedere a una Rsa convenzionata con una limitata compartecipazione economica, mentre in altri territori, per la scarsità di posti o l'assenza di strutture, è costretto a ricorrere all'assistenza familiare privata, sostenendone integralmente il costo. Per fare un esempio, i posti letto in Rsa coprono il 19 per cento degli over-75 non-autosufficienti in Lombardia e [solo l'1 per cento in Campania](#).

La necessità di una riforma

Un assetto normativo così articolato, fondato su una distinzione formale tra prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, rischia però di produrre effetti opposti all'obiettivo originario di integrazione perseguito dal legislatore. La frammentazione delle competenze e dei canali di finanziamento finisce infatti per spostare l'attenzione dal bisogno complessivo della persona alla qualificazione giuridico-amministrativa della singola prestazione, con il risultato di una lettura per compartimenti che fatica a restituire la reale complessità del paziente non autosufficiente. In questo scenario, il malato – soprattutto nei casi di demenza o grave cronicità – rischia di non essere più considerato nella sua globalità, ma di essere letto come somma di prestazioni distinte, ciascuna attribuita a un diverso livello istituzionale e ciascuna finanziata con fondi *ad hoc*.

Questa impostazione genera significative difficoltà nel costruire un sistema realmente integrato di cure territoriali, come quello imperniato sulle Case della comunità disegnato dalla riforma dell'assistenza territoriale del Pnrr,

in cui la presa in carico dovrebbe essere multidimensionale e continua. La separazione tra responsabilità sanitaria e sociale genera infatti frequenti “zone grigie” nella gestione dei pazienti complessi, alimentando contenziosi e conflitti di attribuzione della spesa tra Ssn, regioni e comuni. Ne deriva un effetto di deresponsabilizzazione diffusa, in cui ciascun livello di governo e ciascun operatore tende a circoscrivere il perimetro delle proprie competenze, mentre il carico assistenziale reale ricade spesso sulle famiglie o viene gestito attraverso soluzioni emergenziali, lontane da una programmazione strutturata e continuativa della presa in carico.

La conseguenza è un sistema profondamente diseguale, nel quale pazienti con lo stesso bisogno ma residenti in regioni o comuni diversi riescono ad accedere a trattamenti diversi. Aggiungere a questo sistema ulteriori disuguaglianze create dalla capacità di rivolgersi a un buon avvocato può renderlo solo più diseguale. La riforma della sanità territoriale, che riduca la frammentazione dei ruoli, delle competenze e dei finanziamenti, serve anche a ridurre queste disuguaglianze.

Correlati

[Chi deve pagare il conto delle Rsa?](#)26/03/2025In "Sanità"

[Rsa: la riforma incompiuta produce il caos rette](#)18/04/2025In "Disuguaglianze"

[Morti da Covid-19 nelle Rsa: tutto quello che non sappiamo](#)12/06/2020In "Sanità"

Gilberto Turati è professore ordinario di Scienza delle Finanze presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, dove coordina la Laurea Magistrale in Healthcare Management e il Master in Economia e Politica Sanitaria di ALTEMS/Coripe presso il Campus di Roma. È vicedirettore dell'Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Presidente della Società Italiana di Economia Pubblica (Siep, per il term 2024-2027) e Presidente di REF. Fa parte della redazione de lavoce.info, del comitato di redazione di “Politica Economica - Journal of Economic Policy” e del comitato di direzione del "Dizionario di dottrina sociale della Chiesa. Le cose nuove del XXI secolo". È stato prima ricercatore, poi professore associato all'Università degli Studi di Torino. È stato membro del Board della European Public Choice Society (EPCS) per il term 2012-2015 e Presidente dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino per il mandato 2019-2022.