

# 9. Compartecipazione alle spese per i servizi socio-sanitari e socioassistenziali

di *Federica Sammali*

ORCID 0009-0006-7984-1540

DOI: 10.54103/milanoup.314.c814

## 9.1. I profili emersi nella giurisprudenza amministrativa

La ricerca delle decisioni nella materia della compartecipazione ha riscontrato, anche nel corso del 2025, un significativo numero di pronunce (124). Rispetto agli anni scorsi, l'affinamento delle modalità di ricerca ha anche portato ad un incremento delle decisioni individuate (nel 2023 erano 59, nel 2024 sono state 89). A ciò si accompagna una fitta articolazione dei profili che caratterizzano le diverse fattispecie, amplificata, si può dire, anche dalla notevole attenzione mediatica<sup>1</sup> che ha posto in evidenza alcuni aspetti critici e sollevato interrogativi su specifiche questioni. Le decisioni sono state divise, sul modello degli scorsi Report, tra quelle rientranti nella sfera della giurisprudenza amministrativa e quelle rientranti nella giurisprudenza ordinaria.

Volendo iniziare dal vaglio della giurisprudenza amministrativa, è anzitutto significativo evidenziare il dato relativo alla distribuzione territoriale delle pronunce: **delle 58 decisioni emesse dai TAR italiani, ben 31 provengono dal TAR Veneto**, circostanza che testimonia una particolare incidenza del contenzioso nella Regione.

Va poi ricordato che al giudice amministrativo ricorrono le persone con disabilità e i loro familiari, amministratori di sostegno o tutori per impugnare gli atti – nello specifico i Regolamenti comunali di accesso alle prestazioni dei servizi sociali – che determinano la modalità di compartecipazione alla spesa e che non sempre risultano pienamente conformi alla normativa di riferimento, rappresentata dal d.P.C.M. n. 159 del 2013. Se è pacifico, infatti, che tutti concorrano alle spese, è altrettanto necessario e richiesto dall'art. 53 Cost. che, nel rispetto del principio di proporzionalità, il contributo di ciascuno sia rapportato alle proprie reali ed effettive possibilità economiche. E tuttavia, sin dall'entrata

---

1 Cfr. ad esempio, [https://milano.corriere.it/notizie/cronaca/26\\_gennaio\\_25/alzheimer-cause-e-ricorsi-per-le-rette-80-100-euro-al-giorno-oltre-150-fascicoli-aperti-in-lombardia-6b-b51f0f-0894-444a-a971-0b7a6bba9x1k.shtml](https://milano.corriere.it/notizie/cronaca/26_gennaio_25/alzheimer-cause-e-ricorsi-per-le-rette-80-100-euro-al-giorno-oltre-150-fascicoli-aperti-in-lombardia-6b-b51f0f-0894-444a-a971-0b7a6bba9x1k.shtml)

in vigore della normativa sopracitata e nonostante quanto predisposto dall'art. 6 comma 4 della legge 328 del 2000, come già evidenziato nei Report 2023 e 2024 del nostro Osservatorio, numerosi enti locali hanno, nel tempo, adottato una lettura della disciplina che non risulta sempre coerente con l'applicazione sostanziale di questo principio.

Pertanto, anzitutto, le pronunce rese dai giudici nel corso del 2025 ribadiscono **che l'obbligo del Comune di farsi carico dell'integrazione economica per l'inserimento in struttura non può certamente essere eluso mediante l'inerzia amministrativa**, costituendo essa una violazione dell'obbligo di concludere il procedimento con un provvedimento espresso (sia esso favorevole o sfavorevole)<sup>2</sup>.

**Né, allo stesso modo, l'obbligo può essere aggirato facendo leva sulle qualificazioni formali dell'intervento, quali la sua asserita natura "temporanea" o "sperimentale"**, laddove la situazione concreta evidenzia invece una presa in carico della persona che risulta, in definitiva, **stabile** e continuativa. Sul punto, la giurisprudenza ha dunque consolidato l'orientamento del Consiglio di Stato<sup>3</sup>, che, proprio con riferimento all'art. 6, comma 4, della legge n. 328 del 2000<sup>4</sup>, valorizza il **criterio sostanziale nella valutazione della "stabilità"** della presa in carico dell'individuo. La stabilità della permanenza in struttura deve essere quindi accertata tenendo conto della durata dell'inserimento ma anche delle eventuali proroghe, della continuità delle valutazioni multidisciplinari e della funzione del progetto rispetto al bisogno dell'utente. Pertanto, anche una **presa in carico definita come "sperimentale" o "temporanea" può assumere carattere stabile se, di fatto, si protrae nel tempo.**

Su questa linea, in TAR Veneto, sez. III civ., sent. 1 ottobre 2025, n. 1743, viene chiarito come **anche i rientri periodici dell'utente presso il domicilio familiare (ad esempio nei fine settimana o durante le festività) non possano escludere la natura residenziale del progetto.** Essi, infatti, se programmati e «funzionali alla relazione familiare o al benessere dell'utente», sono pienamente compatibili con la residenzialità e si collocano nell'ambito della continuità dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Inoltre, con riguardo alla

2 Si vedano, a tal proposito, TAR Veneto, sez. III civ., sent. 22 gennaio 2025 n. 130; TAR Veneto, sez. III civ., sent. 22 gennaio 2025, n. 385; TAR Veneto, sez. III, sent. 10 dicembre 2025, n. 2380. Si segnala anche TAR Veneto, sez. III civ., sent. 26 marzo 2025, n. 453, relativo al ricorso di una persona con disabilità tramite amministratore di sostegno contro il silenzio del Comune su un'istanza di integrazione della retta come ospite di comunità alloggio. Nel corso del giudizio, l'amministrazione ha tuttavia adottato un provvedimento di rigetto. La ricorrente ha pertanto rinunciato al ricorso e il TAR ha dichiarato l'estinzione del giudizio.

3 Cons. di Stato, sez. III, sent. 19 giugno 2024, n. 5493.

4 L'art. 6, comma 4, della legge n. 328 del 2000 afferma che «per i soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali, il comune nel quale essi hanno la residenza prima del ricovero, previamente informato, assume gli obblighi connessi all'eventuale integrazione economica».

previsione secondo cui **il Comune in cui la persona risiedeva prima del ricovero, se previamente informato, è tenuto ad assumere gli obblighi di integrazione economica**, la suddetta pronuncia ha chiarito che **non è richiesta una comunicazione formalmente tipizzata** (come «un particolare modulo»). Ciò che rileva è che l'ente abbia acquisito una conoscenza effettiva e tempestiva del percorso di presa in carico residenziale, così da consentirgli di programmare la spesa e attivarsi nell'ambito del sistema integrato dei servizi. In altri termini, anche il requisito della “previa informazione” deve intendersi in senso sostanziale. È sufficiente, in questo senso, che il Comune sia concretamente posto in condizione di conoscere, in maniera effettiva e tempestiva, l'avvio e lo sviluppo del progetto assistenziale, così da programmare la spesa e attivarsi nell'ambito del sistema integrato dei servizi.

In secondo luogo, la giurisprudenza ha reiteratamente affermato il principio secondo cui l'ISEE sociosanitario costituisce «lo strumento esclusivo di valutazione della capacità economica ai fini della compartecipazione»<sup>5</sup> con la conseguenza che **non è consentito ai Comuni introdurre una serie di criteri estranei all'ISEE** (quali “ISEE finale”, “soglia massima”, “insieme complessivo delle entrate e del patrimonio” e “fasce di compartecipazione”)<sup>6</sup> che finiscono per alterare il funzionamento del parametro legale, determinando un onere economico sproporzionato che inciderebbe proprio su quelle «spese necessarie per far fronte alla dignità della persona»<sup>7</sup>.

In questo senso si colloca, ad esempio, la pronuncia del TAR Veneto, sez. III, sent. 22 gennaio 2025, n. 313, relativa al ricorso proposto da una persona con disabilità ospite di una comunità alloggio, per il tramite dell'amministratore di sostegno, contro il diniego comunale di integrazione della retta fondato sulla ritenuta “autosufficienza” dell'interessata. Il TAR ha ritenuto illegittima la previsione regolamentare del Comune, in quanto introduttiva di un criterio ulteriore ed estraneo rispetto a quanto previsto dal DPCM n. 159 del 2013. A detta del TAR, infatti, proprio da quest'ultimo – quale insieme di disposizioni che «si innestano in una cornice costituzionale incentrata sulla irrinunciabile

5 Cfr. TAR Lombardia, sez. I, sent. 21 novembre 2025, n. 1060. Nello stesso senso anche TAR Veneto, sez. III civ., ord. 26 febbraio 2025, n. 76; TAR Lombardia, sez. I, sent. 12 marzo 2025, n. 337; TAR Lombardia, sez. V civ., sent. 15 luglio 2025, n. 3610; TAR Veneto, sez. III civ., ord. 4 giugno 2025, n. 239; TAR Veneto, sez. III civ., sent. 18 giugno 2025, n. 2145; TAR Veneto, sez. III civ., ord. 3 settembre 2025, n. 360; TAR Lombardia, sez. V civ., sent. 28 ottobre 2025, n. 3944; TAR Veneto, sez. III civ., sent. 29 ottobre 2025, n. 2058; TAR Veneto, sez. III civ., ord. 26 novembre 2025, n. 590. In TAR Veneto, Sez. III, civ., sent. 26 febbraio 2025, n. 320, una persona con disabilità ospite di comunità alloggio ricorreva, tramite amministratore di sostegno, contro Comune e ULSS, in ragione della quantificazione della compartecipazione alla retta determinata sulla base di criteri difformi dall'ISEE. Nel corso del giudizio, il Comune tuttavia rideterminava la quota, assumendo integralmente a proprio carico la retta; il TAR ha pertanto dichiarato la cessazione della materia del contendere.

6 Cons. di Stato, sez. VI, sent. 31 gennaio 2025, n. 778.

7 Cfr. TAR Veneto, sez. III civ., ord. 4 giugno 2025, n. 239.

tutela [...della persona con disabilità – si desume [...] la regola secondo cui spetta direttamente ai Comuni l'obbligo di provvedere al versamento delle rette». È quindi **nettamente esclusa la possibilità per gli enti locali di introdurre limitazioni non coerenti con tale logica di sistema.**

Nella stessa direzione si pone la decisione del TAR Veneto, sez. III, sent. 2 luglio 2025, n. 1314, relativa al ricorso proposto tramite amministratore di sostegno da una persona con disabilità ospite di RSA contro il diniego comunale di integrazione della retta, che il Comune subordinava alla sottoscrizione di una modulistica che prevedeva l'impegno alla restituzione delle somme anticipate mediante il ricavato della futura vendita di un immobile di proprietà. Il TAR ha dichiarato illegittimi sia il regolamento comunale, sia la modulistica applicata, affermando che l'ISEE costituisce un "sistema chiuso", non soggetto ad integrazioni mediante criteri patrimoniali ulteriori. Il giudice ha inoltre precisato che **l'integrazione comunale ex art. 6, comma 4, legge n. 328 del 2000 ha natura solidaristica e non può dunque comportare obblighi restitutori a carico dell'utente**<sup>8</sup>.

Nella medesima logica, varie sono le decisioni<sup>9</sup> che dichiarano che le provvidenze economiche percepite dalla persona con disabilità non costituiscono fonti da includere nel calcolo della quota di compartecipazione alla retta. In altre parole, **le prestazioni di natura assistenziale non rientrano nella nozione di reddito ai fini ISEE, poiché non costituiscono un incremento della ricchezza del singolo**<sup>10</sup>, ma «importi riconosciuti a titolo meramente compensativo o risarcitorio a favore delle situazioni di disabilità»<sup>11</sup>. Il Comune non può pertanto computarle per giustificare un aumento della quota a carico dell'assistito.

È opportuno segnalare, inoltre, la sent. del Consiglio di Stato del 12 agosto 2025, n. 7027, riferita al caso di una persona anziana con disabilità a cui il Comune di Verona aveva richiesto il rimborso di somme relative alla retta RSA applicando un regolamento comunale del 2016, già annullato da una precedente

8 In senso analogo, TAR Veneto, sez. III, sent. 12 marzo 2025, n. 2426.

9 TAR Veneto, sez. III civ., sent. 22 gennaio 2025, n. 221; TAR Veneto, sez. III civ., sent. 12 marzo 2025, n. 2141; TAR Veneto, sez. III civ., sent. 26 marzo 2025, n. 1207; TAR Veneto, Sez. III, sent. 27 giugno 2025, n. 1104; TAR Veneto, sez. III civ., sent. 9 luglio 2025, n. 1309; TAR Veneto, sez. III civ., sent. 29 ottobre 2025, n. 2046.

10 Secondo l'orientamento consolidato, esse concorrono, eventualmente, «a costituire il patrimonio della ricorrente e, quindi, rilevano comunque in sede di ISEE, ma in relazione al diverso indicatore della situazione patrimoniale e secondo i parametri di calcolo definiti dalla specifica disciplina in materia»: cfr. Cons. Stato, Sez. III, sent. 2979 del 2022.

11 Cfr. TAR Veneto, sez. III, sent. 12 novembre 2025, n. 2195, in linea con il parere del Cons. di Stato del 19 marzo 2025. In senso conforme, si vedano anche TAR Veneto, sez. III civ., sent. 22 gennaio 2025, n. 221; TAR Veneto, sez. III civ., sent. 12 marzo 2025, n. 2141; TAR Veneto, sez. III civ., sent. 26 marzo 2025, n. 1207; TAR Veneto, Sez. III, sent. 27 giugno 2025, n. 1104; TAR Veneto, sez. III civ., sent. 9 luglio 2025, n. 1309; TAR Veneto, sez. III civ., sent. 29 ottobre 2025, n. 2046.

sentenza del TAR Veneto<sup>12</sup>. In primo grado, con la sent. n. 135 del 2023, il TAR aveva distinto due annualità. Per il 2022 aveva accolto il ricorso, mentre per il 2021 lo aveva dichiarato irricevibile per tardività, lasciando fermo l'obbligo di pagamento. Giunta la questione al Consiglio di Stato, l'interpretazione del TAR è stata ritenuta errata. Il Collegio ha affermato che l'annullamento dell'atto normativo è efficace “*erga omnes*” e comporta «la – sua – rimozione dall'ordinamento in modo assoluto» nonché «la preclusione, per l'amministrazione, di continuare ad applicare la norma». L'annullamento opera, inoltre, con efficacia “*ex tunc*”, e comporta pertanto l'eliminazione retroattiva della base normativa. Il Collegio ha verificato, in particolare, che nel caso di specie tra regolamento e atti applicativi esiste una “derivazione necessaria” e un “nesso di presupposizione-consequenzialità”, per cui **l'eliminazione del regolamento comporta automaticamente anche la caducazione degli atti applicativi ad esso collegati, anche se questi non sono stati impugnati tempestivamente**. Sulla scia di queste considerazioni, il Consiglio di Stato ha pertanto ritenuto che l'illegittimità dell'atto dovesse estendersi anche alle annualità precedenti al 2022 e, per l'effetto, ha accolto il ricorso, eliminando l'obbligo di pagamento per il 2021.

Un ultimo profilo di interesse riguarda il rapporto tra **la libertà di scelta della struttura socio-sanitaria da parte dell'individuo e le esigenze di contenimento dei costi prospettate dai Comuni**. È bene ricordare, a tal proposito, che l'art. 8-*bis*, comma 2, del d.lgs. n. 502 del 1992 sancisce il **principio della libera scelta dell'assistito tra i soggetti accreditati**, principio che alcune normative regionali (es. la normativa lombarda con la l.r. n. 3 del 2008 e n. 33 del 2009) estendono anche all'ambito socio-sanitario. Per individuare un punto di equilibrio tra l'interesse al contenimento della spesa pubblica ed il principio di libera scelta dell'assistito riguardo alla struttura sanitaria o socio-sanitaria cui affidarsi, il legislatore ha prescritto che lo spazio di autonomia decisionale in capo ai singoli cittadini si manifesti soltanto avuto riguardo agli operatori accreditati che abbiano stipulato appositi contratti con le aziende sanitarie locali, le quali, «oltre a garantire elevati standard qualitativi, sono tenute ad attenersi al sistema tariffario definito dalla Regione»<sup>13</sup>. L'orientamento ormai consolidato chiarisce quindi che le esigenze finanziarie comunali devono essere bilanciate effettuando un ragionevole equilibrio tra i valori costituzionali in gioco. **Se è vero, pertanto, che il Comune non può sostenere indiscriminatamente il costo di qualsiasi RSA scelta dall'interessato, è altrettanto vero che, soprattutto laddove sia lo stesso sistema regionale a ribadire la garanzia della libertà di scelta, la pretesa dell'ente pubblico di «imporre alla persona richiedente una previa concertazione circa la struttura appropriata presso**

12 TAR Veneto, sez. III, sent. 4 gennaio 2021, n. 10.

13 Cfr. TAR Lombardia, sez. III, sent. 27 febbraio 2019, n. 422.

**la quale ricoverarsi [...] è illegittima»<sup>14</sup>**. Il principio è stato ribadito dal TAR Lombardia sez. V, ord. 21 febbraio 2025, n. 224, che ha accolto il ricorso dei familiari di una persona con disabilità nei confronti del Comune di residenza. In particolare, a seguito della richiesta di attivazione di un progetto individuale che prevedeva l'inserimento in un centro di formazione all'autonomia individuato dalla famiglia, il Comune aveva dapprima comunicato la disponibilità a contribuire nella misura del 30% della retta mensile, determinando la quota in modo automatico e senza tener conto dell'ISEE; successivamente, con un distinto provvedimento, aveva escluso la struttura indicata dai ricorrenti, senza fornire alcuna istruttoria e motivazione, limitandosi a proporre soluzioni alternative. Il TAR ha censurato entrambi i profili. Con riferimento al secondo, il giudice ha affermato che **il cittadino è libero di scegliere la struttura socio-sanitaria cui affidarsi e che le amministrazioni non possono «coartare la decisione dell'assistito né subordinare la presa in carico all'indicazione di una particolare struttura»**. Per questo motivo sono stati sospesi gli atti impugnati e disposto il riesame della domanda<sup>15</sup>.

Analogo orientamento emerge dal TAR Veneto, sez. III, sent. 15 ottobre 2025, n. 1955, relativo alla compartecipazione alla retta per una persona non autosufficiente ricoverata in RSA<sup>16</sup>. Il TAR ha ribadito **che la libertà di scelta dell'assistito è «principio fondamentale del sistema»** e non può essere compressa dal Comune mediante «l'imposizione di tetti di spesa o di strutture convenzionate a costo inferiore». Richiamando l'orientamento consolidato, il TAR ha dichiarato che **la «appropriatezza del ricovero, che compete all'autorità sanitaria, non può, invero, essere messa in discussione dal Comune chiamato ex lege all'integrazione della retta** ove sussistano, in aggiunta, i requisiti reddituali richiesti dalla normativa di settore». In tali casi, dunque, è escluso che l'ente locale possa introdurre condizioni che di fatto costringano l'assistito a modificare il proprio percorso di cura.

14 Cfr. Cons. di Stato, sez. III, sent. 10 gennaio 2017, n. 46. Si specifica, inoltre, che la sent. TAR Lombardia, Milano, sez. III, 27 febbraio 2019, n. 422 individua il criterio di bilanciamento da effettuarsi tra esigenze di contenimento della spesa pubblica e libertà di scelta dell'assistito nella limitazione di tale scelta alle strutture accreditate e convenzionate con le aziende sanitarie locali, le quali, «oltre a garantire elevati standard qualitativi, sono tenute ad attenersi al sistema tariffario definito dalla Regione».

15 La successiva sent. del TAR Lombardia, sez. V, del 7 novembre 2025, n. 3610 conferma i principi enunciati in fase cautelare e l'annullamento degli atti comunali impugnati.

16 In ambito regionale, l'art. 13-*bis* della l.r. del Veneto n. 5 del 1996 e la delibera della Giunta Regionale n. 38 del 2006 ribadiscono che l'impegnativa di residenzialità consente «l'esercizio della libera scelta nei centri residenziali autorizzati».

## 9.2. I profili emersi nella giurisprudenza ordinaria

Anche dall'analisi dei ricorsi presentati al giudice ordinario emergono diversi profili di interesse, soprattutto in relazione alla **corretta determinazione e ripartizione delle rette per le strutture residenziali tra quota sociale e quota sanitaria**. Una parte significativa delle decisioni esaminate riguarda in effetti il pagamento delle rette per servizi residenziali, destinati in prevalenza a persone con morbo di Alzheimer o demenza senile. Sul tema, tra il 2024 e il 2025, si sono registrati importanti sviluppi giurisprudenziali.

Le pronunce analizzate hanno cercato di chiarire: I) la legittimità della pretesa creditoria relativa alla quota di compartecipazione al costo di servizi residenziali sociosanitari, nei confronti di persone con disabilità grave; II) i criteri in base ai quali una prestazione sociosanitaria può essere qualificata come “ad elevata integrazione sanitaria” e quindi essere interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

**I)** Nel primo ambito, numerose pronunce attengono a **ricorsi promossi dagli enti gestori dei servizi residenziali e semiresidenziali per il recupero delle rette** relative a prestazioni di lungoassistenza o a giudizi di opposizione a decreti ingiuntivi fondati sui medesimi crediti.

L'orientamento prevalente, in linea con l'evoluzione della normativa nazionale, ribadisce vari principi. Anzitutto, come già detto poco sopra, dal calcolo **dell'ISEE devono essere escluse le prestazioni economiche a carattere assistenziale**, come la pensione di invalidità e l'indennità di accompagnamento, ai fini della determinazione della quota di compartecipazione<sup>17</sup>.

Si richiama, a tal proposito, tra le tante, la decisione del Trib. di Pordenone, sez. civ., sent. 8 luglio 2025, n. 395, che ha accolto l'opposizione a decreto ingiuntivo proposta da una donna con grave disabilità e in condizione di non autosufficienza, contro l'ente gestore dei servizi sociosanitari, che le aveva richiesto la restituzione di somme a titolo di compartecipazione alle rette dal 2012 al 2019. Il giudice ha accertato, anche sulla base di una consulenza tecnica contabile, **l'erroneità del calcolo effettuato dall'ente gestore, che aveva indebitamente incluso voci non computabili, quali l'indennità di accompagnamento, determinando così una maggiore quota a carico dell'utente**. A rilevare, in particolare, è la condizione di disabilità grave accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104 del 1992 che ha peraltro comportato l'applicabilità della disciplina regionale del Friuli Venezia Giulia<sup>18</sup>, la quale stabilisce

17 Corte di Appello di Bologna, sez. II civ., sent. 10 luglio 2025, n. 1249; Corte di Appello di Bologna, sez. I civ., sent. 19 agosto 2025, n. 1447; Corte di Appello di Bologna, sez. I civ., sent. 5 novembre 2025, n. 1861; Trib. Bologna, sez. IV civ., sent. 5 dicembre 2025, n. 3400; Trib. Bologna, sez. IV civ., sent. 5 dicembre 2025, n. 3399.

18 Cfr. la deliberazione della Giunta regionale 6 maggio 2010, n. 859 recante «LR 6 del 2006, art. 42. Indirizzi per la compartecipazione delle persone disabili al costo delle rette di servizi

che, in tali casi, ai fini della determinazione della quota di compartecipazione ai servizi sociosanitari, debba essere considerata esclusivamente la situazione economica del beneficiario e non quella dell'intero nucleo familiare.

In secondo luogo, ai fini del rimborso delle quote sociali maturate dall'utente, viene ribadito il principio secondo cui **le Regioni non possono essere tenute a sostenere costi per prestazioni sanitarie in assenza di un provvedimento amministrativo regionale che riconosca alla struttura lo status di soggetto accreditato, né al di fuori di specifici rapporti contrattuali**<sup>19</sup>.

**II)** Per quanto riguarda il secondo profilo, la giurisprudenza del 2025 si è posta in continuità con quella del 2024, sviluppando l'orientamento prevalente secondo cui, **ove le prestazioni sanitarie siano inscindibili da quelle socioassistenziali, prevale comunque la natura sanitaria del servizio**, in quanto le seconde si pongono in rapporto di strumentalità necessaria rispetto alle prime<sup>20</sup>.

Di fronte al significativo incremento delle richieste di rimborso da parte delle famiglie (conseguenza, del resto, soprattutto di una mancata adozione di riferimenti normativi puntuali) numerose pronunce<sup>21</sup> si sono conformate a questo indirizzo, affermando, in coerenza con i principi enunciati dal DPCM 12 gennaio 2017<sup>22</sup>, che, **qualora l'assistenza richiesta presenti carattere di stretta integrazione e continuità sotto il profilo sanitario, i relativi oneri devono essere integralmente posti a carico del SSN**.

Come già chiarito nella nostra *newsletter* di gennaio del 2026<sup>23</sup>, le decisioni in materia devono essere lette tenendo conto del fatto che il quadro giurisprudenziale non ha ancora raggiunto un assetto pienamente stabile. Le soluzioni adottate risultano infatti spesso il frutto di **valutazioni complesse**, incentrate sulla **difficile distinzione tra intervento sanitario e intervento socio-assistenziale**, che richiede **un'attenta disamina delle condizioni cliniche concrete del singolo e delle modalità effettive di erogazione delle prestazioni**.

Tra le pronunce che meglio chiariscono i contorni di questa complessa materia, va annoverata la sentenza del Trib. di Grosseto, sez. lav., 25 marzo 2025, n. 152, resa all'esito del ricorso proposto dall'amministratrice di sostegno di una

---

a ciclo residenziale e diurno».

19 Trib. Civitavecchia, sez. civ., sent. 17 febbraio 2025, n. 224; Trib. Civitavecchia, sez. civ., sent. 18 marzo 2025, n. 346.

20 Cfr. con specifico riferimento al morbo di Alzheimer, Cass. civ., ord. 29 luglio 2024, n. 21162; Cass. civ., sez. III, ord. 17 ottobre 2024, n. 26943; Cass. civ., sez. III, ord. 19 dicembre 2024, n. 33394; Cass. civ., sez. III, ord. 20 dicembre 2024, n. 33699.

21 *Ex multis* Trib. Bari, sez. lav., sent. 9 gennaio 2025, n. 32; Trib. Roma, sez. II civ., sent. 19 febbraio 2025, n. 2618; Corte di Appello di Milano, 9 giugno 2025, n. 1644; Corte di Appello di Roma, sez. I civ., sent. 8 ottobre 2025, n. 5696; Corte di Appello di Milano, sez. I civ., sent. 23 ottobre 2025, n. 2833.

22 *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*.

23 <https://osservatoriodisabilitahumanhall.unimi.it/2026/01/20/diritti-ad-ostacoli-newsletter-n-13-2-anno/>

donna in condizione di gravissima disabilità e non autosufficienza. La ricorrente sosteneva che la donna necessitasse di prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria, non meramente sostitutive dell'assistenza familiare, con la conseguenza che le somme corrisposte a titolo di quota sociale avrebbero dovuto essere integralmente rimborsate. L'ente convenuto, infatti, aveva riconosciuto soltanto una copertura parziale dei costi, limitata alla quota sanitaria, negando il rimborso della quota sociale sul presupposto che la degenza in RSA rientrasse nell'ambito tipico dell'assistenza all'anziano non autosufficiente. Sulla base della documentazione sanitaria prodotta, il Tribunale ricostruisce puntualmente il quadro clinico della paziente, evidenziando come la stessa manifestasse una «una forma di psicosi cronica di entità grave» e plurime patologie cardiologiche e pneumologiche che giustificavano il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e della situazione di gravità ai sensi della normativa vigente. La pronuncia ha rilievo sotto un duplice profilo. In primo luogo, il giudice osserva che, nel caso di specie, «la valutazione del quadro clinico non richiede il contributo di una consulenza medico-legale», poiché la gravità della situazione emerge in modo limpido e univoco dalla documentazione versata in atti. In secondo luogo, il Giudice toscano accerta l'«**inscindibilità**» tra la **componente assistenziale e quella sanitaria delle prestazioni erogate**, rilevando che «**la mancanza di un continuo e assiduo monitoraggio sanitario avrebbe messo in gioco le condizioni di vita e di sopravvivenza della paziente**». La sentenza giunge quindi alla conclusione che l'attività prestata in favore della ricorrente debba essere qualificata come **attività sanitaria in senso pieno** e che, conseguentemente, non possa esserle imposta alcuna forma di compartecipazione alla spesa. L'impianto motivazionale della sentenza si fonda sull'affermazione netta del principio secondo cui, in presenza di un quadro patologico complesso e gravemente invalidante, che richieda un trattamento terapeutico personalizzato e continuativo, l'assistenza resa in struttura residenziale assume carattere integralmente sanitario, con conseguente esclusione di qualsiasi onere economico a carico della persona assistita.

Ad ampliare ulteriormente il quadro interpretativo, può richiamarsi la pronuncia della Cassazione civile, sez. I, sent. 2 novembre 2025, n. 28954, originata dal ricorso proposto dall'amministratore di sostegno di una persona con esiti di grave ischemia cerebrale, ricoverato presso una RSA. Il ricorrente aveva chiesto **l'accertamento del diritto alla copertura integrale della retta di degenza**, sostenendo che le prestazioni ricevute avessero natura sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria e dovessero, pertanto, gravare interamente sul Servizio sanitario nazionale. All'esito di una complessa vicenda processuale, conclusasi in appello con il rigetto delle domande dell'assistito, la questione veniva sottoposta al vaglio della Suprema Corte. Il nodo affrontato dalla decisione concerne, anche in questo caso, l'individuazione del **criterio distintivo** tra le prestazioni sociosanitarie inscindibili e quelle riconducibili alla lungoassistenza. La Corte

chiarisce che tale discriminazione **non può essere individuato né nella sola condizione di non autosufficienza dell'assistito, né ancorato alla generica impossibilità di assicurargli un'adeguata assistenza domiciliare presso la propria abitazione. Va allora piuttosto ricondotto alla presenza di un preciso progetto di cura. Viene così affermato che l'elemento decisivo è costituito dalla «individuazione di un piano terapeutico personalizzato», che «non può essere somministrato se non congiuntamente alla prestazione assistenziale».**

Una chiara sistematizzazione dei principi emersi può leggersi anche nella pronuncia della Corte d'Appello di Trento, sez. II civile, sent. 11 dicembre 2025, n. 233, resa a seguito del rinvio operato dalla Cassazione con la sent. n. 21162 del 2024.

La sentenza decide il giudizio di rinvio promosso su ricorso dell'unica erede di una donna con morbo di Alzheimer in forma grave e progressiva, ricoverata per anni presso una RSA. L'erede aveva chiesto la restituzione delle rette versate, sostenendo la natura eminentemente sanitaria delle prestazioni erogate. Il giudice di appello, in adesione ai principi enucleati dalla Cassazione, accoglie integralmente la domanda e condanna la struttura alla restituzione degli importi richiesti. La rilevanza della decisione emerge sotto molteplici profili. In primo luogo, la compiuta analisi del quadro clinico offre un esempio paradigmatico del modo in cui l'inscindibilità tra prestazioni sanitarie e assistenziali debba essere accertata e dimostrata in concreto. Risulta infatti chiaramente delineata la presenza di un **programma terapeutico unitario, tale da assorbire le attività di carattere assistenziale all'interno della più ampia funzione di tutela della salute**. Il giudice afferma, in particolare, che «l'intervento sanitario-socio-assistenziale rimane interamente assorbito nelle prestazioni erogate dal sistema sanitario pubblico», poiché **la struttura garantisce il programma terapeutico, secondo un piano di cura personalizzato**, predisposto in ragione delle condizioni cliniche della paziente e della prevedibile evoluzione della patologia. La Corte chiarisce inoltre che **le prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario vanno ricondotte a quelle a carico del SSN quando «risulti che esse siano necessarie per assicurare all'interessato la doverosa tutela del diritto alla salute»; la valutazione deve però essere operata in concreto, tenendo conto della patologia in atto, del suo stadio al momento del ricovero e della sua prevedibile evoluzione futura.**

In definitiva, il quadro che emerge resta caratterizzato da numerose questioni ancora aperte, tanto sul piano normativo quanto su quello applicativo. Con riferimento ai principi affermati dalla giurisprudenza amministrativa, che pure sono ampiamente condivisibili sul piano della tutela dei diritti della persona assistita, occorre tener anche presente che **le spese destinate all'integrazione delle rette costituiscono una delle voci più gravose nei bilanci degli enti locali**. Si tratta di un fenomeno difficilmente trascurabile, poiché destinato ad

assumere un peso crescente, alla luce del progressivo incremento della popolazione anziana non autosufficiente e, conseguentemente, della crescente domanda di prestazioni residenziali e semiresidenziali. Il persistente contenzioso relativo alle impugnazioni dei regolamenti comunali che introducono criteri ulteriori rispetto all'ISEE per la determinazione della compartecipazione ai costi delle prestazioni sociosanitarie evidenzia, nel tentativo degli enti locali di contenere la spesa pubblica, anche **le criticità legate all'effettività del parametro ISEE quale strumento di valutazione della condizione economica della persona assistita**. Sebbene la giurisprudenza amministrativa abbia costantemente ribadito la natura di "sistema chiuso" dell'ISEE sociosanitario, qualificandolo come criterio unitario ed esclusivo ai fini della compartecipazione, **permane infatti il dubbio circa la sua capacità di rappresentare fedelmente la reale situazione economica dei soggetti interessati**. D'altro canto, l'introduzione di criteri ulteriori rispetto a quelli previsti dal DPCM n. 159 del 2013 è spesso confluita in un sistema che ha costretto, e continua a costringere, i cittadini a ricorrere al giudice amministrativo ogniqualvolta, lungi dal garantire una valutazione più aderente alla reale situazione economica del beneficiario, sono invece stati generati oneri sproporzionati o risultati distorti, in contrasto con il sistema normativo vigente. Il problema strutturale che emerge sembra allora richiedere non tanto soluzioni interpretative affidate alla sola giurisprudenza, **quanto una più ampia riflessione sulla configurazione dell'ISEE e sulle possibili prospettive di riforma del sistema di valutazione della condizione economica nell'ambito delle prestazioni sociosanitarie**.

Sul piano affrontato dalla giurisprudenza ordinaria, il percorso interpretativo sviluppatosi negli ultimi anni sembra invece orientato a definire con maggiore precisione i criteri distintivi tra prestazioni sanitarie e prestazioni meramente assistenziali, ambito da lungo tempo caratterizzato da significativi margini di incertezza. Se è vero, infine, che le pronunce analizzate contribuiscono certamente a colmare e, più di tutto, a far emergere evidenti lacune di sistema, resta altrettanto concreta **la persistente frammentazione del quadro applicativo dei principi affermati**. Le ricadute si riflettono, come spesso peraltro sottolineato nel crescente dibattito pubblico e mediatico<sup>24</sup>, sia sulle famiglie e sia sugli enti gestori delle strutture assistenziali, chiamati a operare in un contesto caratterizzato dall'incremento costante dei costi connessi alla gestione di patologie cronico-degenerative.

---

24 <https://www.vita.it/il-caos-rette-per-le-rsa-e-figlio-della-riforma-bloccata/>