

L'integrazione socio-sanitaria al cospetto della scarsità delle risorse: il caso del riparto dei costi delle prestazioni inscindibili*

Edoardo Scelsi**

SOMMARIO: 1. Premesse introduttive. – 2. L'assistenza socio-sanitaria tra patologie congenite... – 3. ...e patologie acquisite: la ripartizione degli oneri socio-sanitari. – 4. La «sanitarizzazione» delle prestazioni inscindibili. – 5. Tra «sanitarizzazione» ed eterogenesi dei fini. – 6. Alcune riflessioni sugli interventi legislativi in materia. – 7. Considerazioni conclusive.

ABSTRACT:

Dinanzi all'esponenziale dilatazione dei bisogni manifestati dalla popolazione e alla drammatica limitatezza delle risorse disponibili per farvi fronte, quella di garantire l'equità e la sostenibilità dello Stato sociale, anche nell'interesse delle future generazioni, si rivela ad oggi una sfida quanto mai complessa, che impone ai pubblici poteri l'assunzione di scelte coraggiose e la predisposizione di politiche pubbliche di ampio respiro proiettate su un orizzonte temporale di lungo periodo. La rimeditazione dell'intervento pubblico diviene cruciale soprattutto per le aree del welfare che più risentono di tali tendenze, fra le quali si collocano senza dubbio l'assistenza sociale e l'assistenza sanitaria e, soprattutto, quanto costituisce il frutto della loro reciproca integrazione. Il presente contributo, dunque, si prefigge l'obiettivo di ricostruire analiticamente i principali nodi critici che affliggono l'assistenza socio-sanitaria nel nostro Paese, approfondendo, in particolare, la complessa problematica del riparto dei costi delle cc.dd. prestazioni inscindibili, al fine di fornire una panoramica sullo stato dell'arte in materia.

Given the exponential growth in the needs expressed by the population and the dramatic limitation of the resources available to meet them, ensuring the fairness and sustainability of the welfare state, also in the interest of future generations, is proving to be an extremely complex challenge, requiring public authorities to make courageous choices and to develop far-reaching public policies with a long-term perspective. The rethinking of public intervention becomes crucial, especially for those

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Dottorando di ricerca in "Law and Social Change: The Challenges of Transnational Regulation" presso l'Università Roma Tre.

areas of welfare that are most affected by these trends, which undoubtedly include social assistance and healthcare and, above all, the fruit of their mutual integration. This paper therefore aims to analytically reconstruct the main critical issues affecting social and healthcare integration in Italy, focusing in particular on the complex problem of the allocation of costs for so-called inseparable services, in order to provide an overview of the current state of the art in this area.

1. Premesse introduttive

Nessuna riflessione sulla sostenibilità dei diritti sociali potrebbe prescindere dalla constatazione che, negli ultimi anni, i bisogni manifestati dalla popolazione sono aumentati esponenzialmente e, con essi, le pressioni esercitate sul nostro sistema di *welfare*. Diversi sono i fattori posti alla base di tale tendenza: si pensi, ad esempio, all'invecchiamento della popolazione che, inevitabilmente, ha comportato un incremento significativo dei richiedenti l'accesso alle prestazioni previdenziali, sanitarie e socio-assistenziali oppure, ancora, al processo di *deregulation* del mercato del lavoro avviato a partire dagli anni novanta, il quale, favorendo il ricorso a forme di lavoro flessibili, precarie e, dunque, sempre più povere, ha ingenerato un aumento sensibile delle richieste di accesso a misure di sostegno del reddito. L'espansione della domanda di protezione dei diritti sociali avanzata nei confronti dei pubblici poteri, d'altra parte, è chiamata a confrontarsi con il complesso delle risorse economiche che, nel rispetto degli stringenti vincoli di bilancio fissati a livello nazionale ed europeo, possono essere annualmente stanziati da parte del legislatore. L'ammontare di queste ultime, infatti, pur condizionando in potenza l'effettività di tutti i diritti conferiti dall'ordinamento¹, si rivela cruciale soprattutto per i diritti sociali, quali diritti che, per natura, comportano un costo a carico di chi è chiamato a garantirne il soddisfacimento². Il punto di equilibrio individuato dal legislatore, invero, ha finito per esibire, quantomeno con riferimento ad alcuni segmenti del nostro sistema di *welfare*, tratti di paradossalità. È questo il caso del servizio sanitario nazionale che, se da un lato, a fronte della dilatazione dei bisogni di salute manifestati dalla popolazione e dei sempre più prodigiosi sviluppi

¹ Cfr. M. LUCIANI, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della Corte costituzionale*, in *Riv. AIC*, n. 3, 2016, p. 7, il quale, nel rilevare come non sempre i diritti sociali presentino la struttura di diritti a prestazione (come il diritto a scegliere il proprio medico o il diritto a non farsi curare) e come, per converso, anche i diritti di libertà si configurino sovente come diritti a prestazione (ad esempio, l'A. sottolinea che, per garantire effettività alla libertà di circolazione, è necessario costruire e mantenere strade), giunge alla conclusione che «tutti i diritti, ivi compresi quelli di libertà, costano».

² Cfr. G. CORSO, *La protezione costituzionale dei diritti sociali*, in A. DI BLASE (a cura di), *Convenzioni sui diritti umani e corti nazionali*, RomaTre-press, 2014, p. 277, il quale rileva che i diritti sociali, consistendo in pretese a prestazioni, importano sempre un costo. I diritti di libertà, invece, presentano un prezzo per lo Stato solamente quando sono violati, vale a dire il costo dei meccanismi impiegati per la loro reintegrazione (per esempio la macchina giudiziaria). Quindi, mentre «il diritto di libertà ha un costo quando viene violato» – chiosa l'autore – «il diritto sociale ha un costo quando viene soddisfatto, e quindi ogni volta che viene esercitato e aspira alla sua attuazione».

scientifici e tecnologici nel campo delle cure³, è stato investito negli ultimi anni di compiti molto più ampi del passato, dall'altro è caduto vittima, complice l'esigenza di riportare i livelli del debito pubblico entro i parametri imposti dalla *governance* europea, di un tendenziale definanziamento⁴ e di un drammatico impoverimento strutturale⁵.

Emblematica è, senz'ombra di dubbio, l'area dell'assistenza socio-sanitaria che, con il D.p.c.m. 12 gennaio 2017, ha conosciuto una sensibile estensione, dal punto di vista soggettivo e oggettivo, dei livelli essenziali delle prestazioni ad essa correlati, cui non è corrisposto, tuttavia, lo stanziamento delle risorse economiche all'uopo occorrenti.

La sempre più diffusa carenza di strutture e di professionisti in grado di garantire l'erogazione del servizio, nonché la crescente impossibilità degli utenti e delle loro famiglie di compartecipare alla spesa socio-sanitaria, concorrono, d'altra parte, ad aggravare il quadro. Il presente contributo si propone, dunque, di ricostruire analiticamente i principali nodi critici che affliggono l'integrazione socio-sanitaria in Italia, approfondendo, in particolare, la complessa problematica del riparto dei costi delle cc.dd. prestazioni inscindibili, al fine di fornire una panoramica sullo stato dell'arte in materia.

2. L'assistenza socio-sanitaria tra patologie congenite...

È una storia tormentata quella che ha accompagnato, nel nostro Paese, lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria e, malgrado le plurime riforme che l'hanno interessata nel tempo, si presentano ancora numerose le criticità che la caratterizzano sul versante strutturale, organizzativo e finanziario.

³ Sul punto, cfr. E. Rossi, *La sostenibilità del welfare al tempo della crisi. Una proposta*, in *Dir. soc.*, 2014, n. 1, pp. 4 ss.

⁴ La legge di bilancio per il triennio 2026-2028, per la verità, sembra voler segnare un'inversione di tendenza, disponendo un incremento complessivo del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato pari a circa 7,6 miliardi di euro (rispettivamente, 2,38 mld. di euro per il 2026, 2,63 mld. di euro per il 2027 e 2,63 mld. di euro per il 2028). Nondimeno, ad avviso di alcuni commentatori, l'incremento della quota di ricchezza destinata alla sanità parrebbe interessare solamente il 2026, volgendo lo sguardo al PIL: ci si riferisce alla posizione espressa, sebbene con riferimento al disegno di legge di bilancio per il 2026, dal presidente della Fondazione GIMBE, N. CARTABELLOTTA, nel corso dell'audizione dinanzi alle Commissioni Bilancio riunite di Senato e Camera del 3 novembre 2025, secondo il quale «in rapporto al PIL, la quota destinata al FSN passa dal 6,04% del 2025 al 6,16% del 2026, per poi scendere nuovamente al 6,05% nel 2027 e precipitare al 5,93% nel 2028, delineando una tendenza in calo progressivo», sicché, al netto del consueto aumento nominale del FSN e del limitato incremento reale previsto per il 2026, la tendenza al definanziamento della sanità potrebbe persistere. Tuttavia, in dottrina, per una panoramica sulla spesa sanitaria e sulle sue prospettive evolutive, cfr. G. FARES, M. GRANILLO, *Un excursus normativo sulla nascita ed evoluzione del SSN e dei tentativi di regolamentazione della spesa sanitaria privata*, in G. PELISSERO (a cura di), *La spesa privata in sanità*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2025, pp. 11 ss., ove si ricorda come, in realtà, il criterio di valutazione della spesa sanitaria sia parametrato in percentuale sul prodotto interno lordo, di modo che il livello di spesa – anche quando il finanziamento, ossia la quantità di risorse effettivamente investite, cresce, come accade ormai da qualche anno – risente comunque dell'andamento del denominatore, il PIL per l'appunto, che, dal 2022, ha invertito il *trend* di decrescita o di incremento contenuto per aumentare in misura molto più significativa.

⁵ In questi termini, A. PIOGGIA, *Quale sostenibilità per il servizio sanitario italiano?*, in *Diritto amministrativo*, 2024, n. 3, pp. 721 ss.

Invero, è necessario rilevare come la stessa definizione di integrazione socio-sanitaria sia, ancora oggi, ben lungi dal trovare una compiuta individuazione normativa, sebbene gli sforzi profusi dalla dottrina abbiano senz'altro concorso a chiarirne il contenuto e la portata. In particolare, attingendo alla copiosa elaborazione scientifica in materia, con l'espressione in questione si suole indicare «l'unione (o meglio, la combinazione)»⁶ tra l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociale e, quindi, «la prospettiva di una cura della persona che combini competenze ed interventi di tipo sanitario con competenze ed interventi di tipo sociale»⁷. Questo, sul presupposto che i bisogni dell'individuo si caratterizzano «per una complessità e interdipendenza crescenti e richiedono, ai fini di un'efficace risposta, interazioni e sinergie tra i diversi ambiti del welfare»⁸ che, isolatamente considerati, potrebbero rivelarsi inidonei «ad offrire una risposta adeguata a tutelare i diritti della persona in relazione a bisogni specifici»⁹. Tale modello integrato di assistenza consente, in sintesi, di assicurare agli individui interventi maggiormente aderenti ai bisogni complessi di cui siano portatori, rispetto ai quali la sola assistenza sanitaria o quella sociale potrebbero risultare parziali, quando non addirittura inutili¹⁰. Senza dimenticare, inoltre, i vantaggi, in termini di prevenzione e di risparmio delle risorse, che discendono da tale modello di assistenza. Infatti, come è stato rilevato, coniugando *cure* e *care*, l'integrazione socio-sanitaria mira ad evitare che un problema di salute si trasformi in un problema sociale così come il processo contrario¹¹, concorrendo ad alleviare la pressione esercitata sui servizi sociali intesi in senso ampio e, quindi, a ridurre gli oneri sostenuti da questi ultimi per farvi fronte. E, in un contesto di risorse scarse, quantomeno in rapporto ai bisogni emergenti, tali benefici non possono e non devono essere ignorati¹². A dispetto delle grandi potenzialità di questo innovativo modello assistenziale, che ambisce a superare la separatezza che ha storicamente contrassegnato le due tipologie di assistenza contemplate¹³, non ci si può astenere dal rilevare come quella medesima con-

⁶ E. ROSSI, *Il "socio-sanitario": una scommessa incompiuta?*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 2, p. 251.

⁷ *Ibid.*

⁸ V. MOLASCHI, *Integrazione socio-sanitaria e COVID-19: alcuni spunti di riflessione*, in *Il Piemonte delle Autonomie*, 2020, n. 2, p. 44.

⁹ E. ROSSI, *Il "socio-sanitario": una scommessa incompiuta?* cit., p. 251.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ V. MOLASCHI, *op. loc. cit.*

¹² Sul punto, Cfr. M. CAMPAGNA, A. CANDIDO, *Le residenze sanitarie assistenziali: natura e finanziamento di un modello di integrazione socio-sanitaria*, in *Sanità pub. e priv.*, 2009, n. 6, p. 16, che rilevano che «i repentini cambiamenti sociali, epidemiologici e demografici della popolazione hanno portato l'integrazione socio-sanitaria a essere anche strumento primario per la realizzazione urgente e necessaria dell'appropriatezza nell'uso di risorse economiche sempre più scarse: un percorso di liberazione dai bisogni sanitari e assistenziali fusi e confusi insieme, che sia però ordinato per competenze professionali e quindi anche nelle connesse responsabilità finanziarie, evita, infatti, duplicazioni e sprechi, usi impropri di servizi a fronte di un impiego corretto e programmato di risorse umane, strumentali e di luoghi professionali».

¹³ Cfr. L. DEGANI, R. MOZZANICA, *Integrazione socio-sanitaria. Le ragioni, le regioni, gli interventi*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2009, p. 23, i quali, dal punto di vista storico, individuano nell'introduzione del sistema mutualistico il momento di separazione tra l'ambito sanitario e quello assistenziale. Cfr. M. CAMPAGNA, *Un "mondo di mezzo": l'integrazione socio-sanitaria e le reti socio-sanitarie*, in A. CANDIDO (a cura di), *La presa in carico della persona fragile. Un dialogo tra giurisdizioni su questioni di diritto socio-sanitario e socioassistenziale*, Torino, Giappichelli, 2025, pp. 121-124,

formazione strutturale cui questi deve la sua fortuna abbia finito, nei fatti, per ripercuotersi sul suo sviluppo e, successivamente, sulla sua compiuta attuazione. Infatti, risultando tale forma di assistenza fondata sul «virtuoso accostamento»¹⁴ tra l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociale, era inevitabile che la stessa risentisse delle problematiche che affliggono i comparti che in essa convergono: del resto, quanti sono i figli che ereditano solo le qualità e non anche i difetti dei propri genitori?

Così, è indubbio che le criticità proprie del sistema dei servizi sociali abbiano avuto un ruolo determinante nello sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, tanto da suggerire al legislatore del 1999 di collocarne la disciplina nell'ambito della legislazione sanitaria¹⁵. La frammentarietà organizzativa e funzionale del comparto socio-assistenziale, propiziata dall'assenza di una cornice uniforme a livello nazionale¹⁶, il suo prevalente estrinsecarsi mediante trasferimenti monetari¹⁷ unitamente al carattere non-strutturale e settoriale delle relative fonti di finanziamento avevano, infatti, indotto il legislatore a ricondurre l'assistenza socio-sanitaria al più strutturato ambito sanitario¹⁸; una scelta in seguito confermata con l'inserimento dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie nell'ambito dei D.p.c.m. sui LEA del 2001¹⁹ e del 2017²⁰.

La successiva attuazione del modello assistenziale integrato, di conseguenza, è stata prevalentemente condizionata, al netto delle problematiche comuni ad entrambi i comparti assistenziali, dalle criticità che affliggono l'assistenza sanitaria pubblica, a partire dal costante depauperamento economico e strutturale che, con il tramonto dell'epoca della «finanza allegra»²¹, ne ha accompagnato le sorti. D'altronde, non è un caso che, ad oggi, tra i principa-

che, in particolare, evidenzia che «la separazione ha prodotto, negli anni, una mancanza di coordinamento tra soggetti, servizi e politiche, che si è tradotta in percorsi assistenziali discontinui, in risposte frammentarie ai bisogni complessi e in una frequente deresponsabilizzazione istituzionale». In questa prospettiva, secondo l'A., «l'integrazione, dunque, è anche ricomposizione in un modello unitario, capace di assicurare la presa in carico globale della persona, superando la dicotomia tra cura sanitaria e sostegno sociale». Nello stesso senso, si v. anche V. MOLASCHI, *op. cit.*, p. 45, che sottolinea che le esigenze di protezione dell'individuo «si caratterizzano per una complessità e interdipendenza crescenti e richiedono, ai fini di un'efficace risposta, interazioni e sinergie tra i diversi ambiti del welfare, che non possono quindi essere contrassegnati dalla separatezza».

¹⁴ Cfr. L. DEGANI, R. MOZZANICA, *op. cit.*, pp. 60-61.

¹⁵ Cfr. Art. 3-septies, D.lgs. n. 502/1992, come introdotto dal D.lgs. n. 229/1999.

¹⁶ Per la quale bisognerà attendere l'adozione della Legge quadro n. 328 del 2000.

¹⁷ Al riguardo, cfr. P. BOSI, *L'irresistibile attrazione dei trasferimenti monetari*, in L. GUERZONI (a cura di), *La riforma del welfare. Dieci anni dopo la «Commissione Onofri»*, Bologna, Il Mulino, 2008, pp. 82 ss.

¹⁸ Come rilevato da F. PIZZOLATO, *Le Casa della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in *Dirittifondamentali.it*, 2022, n. 1, p. 418, l'integrazione socio-sanitaria è espressamente richiamata anche dalla Legge n. 328/2000 (artt. 8 co. 1 e 22 co.1) che, tuttavia, opera sostanzialmente un rinvio alle disposizioni della riforma sanitaria. Di talché, la regolamentazione dell'integrazione entro una sede prettamente sanitaria denoterebbe, ad avviso dell'autore, «una sorta di persistente sudditanza del comparto dei servizi sociali rispetto a quelli sanitari, in connessione con la sproporzione dei rispettivi investimenti finanziari».

¹⁹ D.p.c.m. 29 novembre 2001 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza».

²⁰ D.p.c.m. 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502».

²¹ Sulla finanza allegra e sui suoi corollari, si rinvia a L. ANTONINI, *Oltre il welfare state: verso nuovi diritti sociali fondati sulla sussidiarietà*, in O. GASPARI, A. PIRAINO (a cura di), *Il «gioco» della cooperazione. Autonomie e raccordi istituzionali nell'evoluzione del sistema italiano*, Roma, Donzelli Editore, 2007, pp. 112 ss.

li ostacoli posti lungo il cammino dell'assistenza socio-sanitaria figurino la crescente carenza di medici di medicina generale e di infermieri oppure la mancata realizzazione di quasi due terzi delle Case della Comunità programmate nell'ambito della missione 6 del PNRR²².

D'altra parte, un peso non indifferente nell'attuazione dell'assistenza socio-sanitaria è stato certamente esercitato dalle problematiche del comparto assistenziale che, a dispetto del contenuto «uniformante» della legge quadro n. 328 del 2000²³ e del tentativo per certi versi «uniformatore» compiuto con la riforma del titolo V della Costituzione²⁴, si sono nel tempo consolidate. Il sistema dei servizi sociali, infatti, si presenta ancora oggi frammentato, disomogeneo e sottofinanziato, complice la ancora parzialmente incompiuta²⁵ determinazione dei relativi livelli essenziali delle prestazioni (LIVEAS, oggi LEPS)²⁶; i quali, d'altronde, avrebbero dovuto controbilanciare, nella logica del riformato titolo V, la transizione dell'ambito materiale della «beneficenza pubblica» nella competenza legislativa residuale delle Regioni²⁷.

Dalla novella costituzionale del 2001 è derivato, dunque, un ampliamento significativo delle differenziazioni territoriali che, peraltro, ha interessato anche il servizio sanitario nazionale, sebbene in misura certamente minore. Infatti, la collocazione della materia «tutela

²² Infatti, secondo il Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022 relativo al primo semestre 2025, curato da AGENAS, rispetto alle 1723 Case della comunità programmate, attualmente solo 660 strutture risultano operative con almeno un servizio dichiarato attivo, mentre sono appena 46 le strutture con tutti i servizi obbligatori dichiarativi attivi.

²³ A. MARZANATI, *Il ruolo dello Stato nel policentrismo repubblicano*, in E. BALBONI (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti sociali*, Napoli, Jovene, 2008, p. 264.

²⁴ Cfr. A. MARZANATI, *op. cit.*, p. 275, che osserva «come la devoluzione delle competenze sia, in realtà, ed un po' paradossalmente, una via per avvicinare sentieri divergenti ed eccentrici dei welfare regionali o finanche municipali attorno ad una direzione comune».

²⁵ Per una panoramica sul lento processo di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, sui progressi compiuti negli ultimi anni e sui nodi che rimangono da sciogliere, si v. E. VIVALDI, *Assistenza sociale e LEPS: qualche passo avanti e molti dubbi da sciogliere*, in *Dirittifondamentali.it*, 2025, n. 2, pp. 158 ss.

²⁶ Diverse sono le ragioni che spiegano come mai nel settore dell'assistenza sociale non si sia addivenuti, al pari del settore sanitario, all'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni. Ad esempio, come rileva F. PIZZOLATO, *La procedura per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sociale*, in E. BALBONI (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti sociali*, cit., p. 318, «mentre l'individuazione dei livelli essenziali in sanità ha potuto contare su di una rete, per quanto non solidissima, strutturata, quella cioè delle Aziende Sanitarie Locali provinciali e su di un catalogo di prestazioni codificabili (e già codificate) e dunque descrivibili in termini di standard tecnici misurabili», per l'assistenza sociale ciò non era possibile, dato che il panorama con cui bisognava confrontarsi era quello della «realtà multiforme e disgregata dei comuni, molti dei quali piccoli o piccolissimi», caratterizzati da «una varietà di sistemi di offerta dei servizi sociali spesso nemmeno pienamente conosciuti». Sicché, rileva l'A. «mancando omogeneità persino a livello regionale, appariva quanto mai problematico definirne una misura su scala nazionale». Su analoghe posizioni si attesta P. DE ANGELIS, *I LEA ed i LIVEAS nella giurisprudenza*, in C. BOTTARI (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2014, p. 133, il quale suggerisce che, «oltre a concreti aspetti finanziari, le ragioni principali della mancata attuazione dei LIVEAS sono da ricercare, da una parte, nel fatto che essi sono difficilmente misurabili (ad esempio, mentre in sanità si sa bene quali siano i tempi e i costi di ogni prestazione erogata, per le prestazioni sociali tempi e costi non possono essere predeterminati)» e, dall'altra, nel fatto che, «necessariamente, il soggetto richiedente il servizio sociale è un soggetto debole», di talché «è difficile che un anziano, un tossicodipendente, un disabile, se si ritengono lesi siano propensi ad avviare una controversa giurisdizionale».

²⁷ Cfr. A. MARZANATI, *op. cit.*, pp. 264-265.

della salute» nell'ambito della competenza legislativa concorrente, con la correlata fissazione dei principi generali della materia da parte dello Stato, da una parte, e l'individuazione dei pertinenti livelli essenziali delle prestazioni (LEA), dall'altra, hanno comunque costituito un argine rispetto alla eccessiva diversificazione dei servizi sanitari regionali²⁸.

Un fattore di complessità comune ai due ambiti assistenziali può pertanto rinvenirsi nella disomogeneità delle scelte che, a livello regionale e locale, informano l'organizzazione dei rispettivi servizi. Sebbene tale diversità debba essere, quantomeno in linea di principio, accolta favorevolmente, costituendo il portato di un impianto costituzionale fortemente vocato alla sussidiarietà e alla valorizzazione delle autonomie, non si può tuttavia ignorare come la stessa sia suscettibile di ingenerare, quando esasperata, inaccettabili diseguaglianze territoriali, impattando non solo sull'effettività nel godimento dei diritti fondamentali e, in particolar modo, dei diritti a prestazione, ma finanche sulla loro stessa definizione²⁹. Si pensi, in proposito, alla difformità dei parametri definiti dagli enti locali per la determinazione delle priorità di accesso ai servizi sociali³⁰ oppure, ancora, alla variabilità dei criteri prescelti per l'identificazione, a livello regionale, delle persone malate aventi diritto a ricevere le cure³¹. In entrambi i casi è evidente come l'autonomia accordata agli enti territoriali sub-statali, se esercitata irragionevolmente, possa trasmodare in una drastica accen-tuazione dei divari fra i territori, favorendo il delinearsi di «cittadinanze sociali regionali»³² diversificate fra loro e, più in generale, la proliferazione incontrollata di diritti sociali che, quantunque accomunati dal medesimo *nomen iuris*, si presentino in concreto diseguali, quanto ad esigibilità e consistenza, in dipendenza delle mutevoli scelte compiute dalle Regioni e dai Comuni³³.

²⁸ Individua le varie ricadute sull'integrazione sanitaria prodotte dalla riforma costituzionale del 2001, F. GARDINI, *L'integrazione socio-sanitaria nell'ordinamento italiano*, in C. COLAPIETRO, M. ATRIPALDI, G. FARES, A. IANNUZZI (a cura di), *I modelli di welfare sanitario tra qualità e sostenibilità*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2018, pp. 495 ss.

²⁹ Cfr. A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianza*, in *Istituzioni del Federalismo*, 2020, n. 1, p. 41, che evidenzia come la relazione fra organizzazione e diritti si rifletta sul rapporto fra autonomia nelle scelte organizzative e uguaglianza nel godimento dei diritti fondamentali su tutto il territorio nazionale. Sul rapporto di reciproca implicazione e condizionamento fra organizzazione e diritti, con riferimento al settore dell'istruzione, cfr. R. MORZANTI PELLEGRINI, *Il diritto dell'istruzione. Autonomia, sussidiarietà, inclusione*, Torino, Giappichelli, 2024, pp. 41 ss.

³⁰ Cfr. Art. 2, co. 4, L. 8 novembre 2000, n. 328.

³¹ Cfr. A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione* cit., p. 50. Per un approfondimento sull'impatto del PNRR sui divari sanitari e sulle asimmetrie assistenziali tra le Regioni si rinvia a G. COSTA, *il divario sanitario e le politiche del PNRR. Bilancio e prospettive*, in *Italian Papers on Federalism*, 2025, n. 2, pp. 17 ss.

³² F. BIONDI DEL MONTE, V. CASAMASSIMA, *Le Regioni e i servizi sociali a tredici anni dalla riforma del titolo V*, in *Regioni*, 2014, nn. 5-6, p. 1087.

³³ Relativamente all'incidenza del potere regolamentare degli enti locali in tema di accesso ai servizi alla persona sull'effettività della tutela del diritto all'assistenza si v. E. INNOCENTI, *L'incidenza del policentrismo istituzionale sul sistema delle fonti con particolare riferimento alla produzione normativa locale: alcune tracce di riflessione*, in E. BALBONI (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti sociali* cit., p. 832, che, in particolare, evidenzia che «se gli atti comunali vanno a dettagliare i parametri di valutazione, ciò significa che oggetto dell'intervento sarà non solo l'indicazione di requisiti procedurali con cui accertare l'esistenza delle condizioni di favore previste dalla legge e dare avvio all'erogazione degli interventi, ma anche definire quelle condizioni specifiche (parametrate) cui è subordinato l'accesso al servizio,

Tale problematica, a ben vedere, non poteva che confluire nel patrimonio genetico dell'integrazione socio-sanitaria, nell'ambito della quale la c.d. «multiformità di scelte regionali in merito ai sistemi di governo ed ai modelli di intervento»³⁴ si è, a nostro avviso, rivelata ben presto una fucina di diseguaglianze.

Paradigmatica è l'area della non-autosufficienza, con riferimento alla quale attenta dottrina ha rilevato come l'assenza di una definizione condivisa a livello nazionale, unitamente alla diversità degli approcci, delle modalità di valutazione e delle soglie utilizzate per definire i criteri di accesso alle prestazioni da parte delle Regioni, siano in grado di determinare risultati confliggenti in ordine all'identificazione degli individui ammessi a fruire delle prestazioni, con la conseguenza paradossale per cui una stessa persona può essere qualificata come portatrice di un diverso grado di non autosufficienza a seconda della Regione in cui si trova³⁵.

Si pensi, ancora, alla diversità delle soglie reddituali ISEE stabilite dagli enti regionali per individuare il *quantum* della compartecipazione tariffaria che può essere richiesta agli assistiti che fruiscono di prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e, in particolare, alla disomiglianza delle soglie reddituali regionali oltre le quali la c.d. quota sociale (destinata ad essere ripartita fra i comuni e gli assistiti) deve essere posta integralmente a carico dell'utente. Queste ultime, infatti, spaziando dai 36.000 euro della Regione Abruzzo³⁶ ai 20.000 euro della Regione Lazio³⁷, costituiscono solo un'ulteriore dimostrazione di come tale sistema presti il fianco alla «creazione di un complesso di irragionevoli differenziazioni tra chi, nelle medesime condizioni di bisogno, voglia accedere ai medesimi servizi»³⁸.

3. ...e patologie acquisite: la ripartizione degli oneri socio-sanitari

Lasciando sullo sfondo le criticità ereditate dal comparto sanitario e socio-assistenziale, è necessario osservare come la stessa integrazione fra i soggetti operanti nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria risulti tutt'altro che agevole, richiedendo una complessa opera di coordinamento sul versante istituzionale, gestionale e professionale. L'efficacia complessi-

con una evidente e diretta ripercussione sul piano sostanziale, dell'effettiva tutela del diritto all'assistenza». In questa prospettiva, secondo l'A., «il bilanciamento degli interessi in gioco sembra trovare una doppia collocazione: sul piano legislativo e a livello locale, dove l'intervento di dettaglio e di quantificazione della situazione di bisogno di assistenza, che gli enti locali sono chiamati a specificare, condiziona l'erogazione del servizio».

³⁴ La definizione è tratta da C. BUZZACCHI, *Lo strumento normativo come fondamento delle politiche socio-sanitarie? Un'introduzione all'analisi delle legislazioni regionali*, in C. BUZZACCHI, S. LA PORTA (a cura di), *L'integrazione socio-sanitaria e il diritto delle Regioni. Rapporto 2022 dell'Osservatorio Diritto & Innovazione Pubblica Amministrazione Bicocca*, Torino, Giappichelli, 2022, p. 4.

³⁵ A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione*, cit., p. 51.

³⁶ Cfr. Art. 5, allegato A, D.G.R. n.552/P/2016 della Regione Abruzzo.

³⁷ Cfr. DCA n. 562 del 2015.

³⁸ F. PARUZZO, *Integrazione socio-sanitaria e "libertà dal bisogno"*, in *Corti Supreme e Salute*, 2022, n. 3, p. 641.

va del sistema, infatti, dipende in larga misura dalla capacità degli attori coinvolti di cooperare proficuamente gli uni con gli altri, nel rispetto delle rispettive sfere di responsabilità; capacità che, a sua volta, è condizionata dal grado di chiarezza delle disposizioni volte a delimitare le competenze di ciascun livello amministrativo.

A tale riparto ha provveduto, nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria, l'art. 3-*septies* del d.lgs. n. 502/1992 che, dopo aver definito come prestazioni socio-sanitarie «tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione», ha suddiviso queste ultime in tre categorie, stabilendo, per ciascuna di esse, l'ente responsabile dal punto di vista organizzativo e finanziario.

L'art. 3-*septies*, nello specifico, distingue fra: a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ossia «le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite», di competenza delle Asl e a carico delle stesse; b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, vale a dire «tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute»; c) prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, le quali «sono caratterizzate dalla particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative», di competenza delle Asl e con oneri a carico delle stesse³⁹.

Il decreto legislativo, inoltre, ha demandato ad un atto di indirizzo e coordinamento la fissazione dei criteri che avrebbero dovuto guidare i legislatori regionali nella determinazione delle modalità di finanziamento delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

È stato quindi emanato il D.p.c.m. 14 febbraio 2001 (oggetto di rinvio da parte dei D.p.c.m. sui Lea del 2001 e del 2017) che, nel confermare la tripartizione delle prestazioni socio-sanitarie e nel puntualizzarne i criteri di finanziamento, ha meglio precisato, in sede definitiva, l'oggetto delle singole tipologie di prestazioni contemplate dall'art. 3-*septies*.

In particolare, secondo il decreto, sono da considerarsi prestazioni sanitarie a rilevanza sociale «le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale». Tali prestazioni «sono inserite in progetti personalizzati

³⁹ Cfr. E. Rossi, *Il "sociosanitario": una scommessa incompiuta?*, cit., p. 254.

di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali»⁴⁰.

Ancora, vengono definite prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria «tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria». Tali prestazioni sono «attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza». Le stesse «possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza»⁴¹.

Con riferimento alle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, il D.p.c.m. riproduce essenzialmente la definizione di cui all'art. 3-*septies*, ma precisa che tali prestazioni, «inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza». Con tale decreto, inoltre, sono stati individuati gli interventi destinati a ricadere sotto l'ombrello definitorio delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, tra i quali, ad esempio, figurano «gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali», «gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti» o, ancora, «gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio»⁴².

Dalla diversa qualificazione delle prestazioni erogate discende, come si è detto, una differente imputazione dei costi. Infatti, laddove queste siano ricondotte al novero delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale o delle prestazioni a elevata integrazione sanitaria, i relativi oneri dovranno essere sostenuti da parte delle aziende sanitarie locali a valere sul fondo sanitario; nel caso in cui, invece, tali prestazioni siano qualificate come prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, i rispettivi costi dovranno essere sostenuti dai comuni, con eventuale «partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi»⁴³.

In materia si è rivelato certamente decisivo l'apporto della giurisprudenza che, a seconda del carattere prevalentemente sanitario o assistenziale dell'attività prestata, ha chiarito, di volta in volta, la natura delle singole prestazioni socio-sanitarie e, quindi, l'ente tenuto a garantirne la copertura economica.

⁴⁰ Art. 3, co. 1, D.p.c.m. 14 febbraio 2001.

⁴¹ Art. 3, co. 3, D.p.c.m. 14 febbraio 2001, cit.

⁴² Art. 3, co. 2, D.p.c.m. 14 febbraio 2001, cit.

⁴³ Art. 3, co. 2, D.p.c.m. 14 febbraio 2001, cit.

Sicché, sono state ricondotte all'ordine delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ad esempio, le attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle infermità mentali⁴⁴ e degli stati di tossicodipendenza⁴⁵, così come l'ipotesi di somministrazione necessaria e continuativa di terapie, di trattamenti medici, farmacologici, infermieristici, psicoterapeutici, psicologici, di accertamenti diagnostici utili a stabilizzare il quadro clinico in favore di persone non autosufficienti o disabili ricoverate in case di riposo o sottoposte a cure domiciliari⁴⁶, mentre sono state qualificate come a prevalenza sociale, tra le altre, le prestazioni di trasporto disabili dai rispettivi domicili ai centri di riabilitazione⁴⁷ nonché le prestazioni di sorveglianza in favore di malati cronici o psichici in favore di persone ricoverate in case di riposo o residenze sanitarie assistenziali⁴⁸.

4. La «sanitarizzazione» delle prestazioni inscindibili

Il confine tra le tipologie di prestazioni di cui all'art. 3-*septies* si rivela più labile quando a venire in rilievo siano attività socio-sanitarie fondate sul concorso inscindibile di prestazioni sanitarie e di prestazioni assistenziali. «L'area nevralgica», come è stato sottolineato, riguarda principalmente i trattamenti di lungoassistenza destinati a fronteggiare il «bisogno più grave, in cui versano gli anziani non autosufficienti, che esigono l'erogazione di cure mediche e di assistenza a ciclo continuo in forma di ricovero presso le residenze sanitarie assistenziali», nell'ambito dei quali «la somministrazione di prestazioni terapeutiche, riabilitative, farmacologiche, ecc. non può essere disgiunta dall'assistenza personale e dal supporto allo svolgimento delle primarie attività quotidiane dell'assistito»⁴⁹.

In casi come questi, caratterizzati dal dispiegarsi di un «intreccio inseparabile di funzioni»⁵⁰, si rivela particolarmente arduo stabilire, in astratto come in concreto, quale, fra quella sanitaria o quella assistenziale, sia la componente prevalente e, di conseguenza, quale sia l'ente tenuto a farsene carico⁵¹.

⁴⁴ Cons. St., sez. V, 7 luglio 2005, n. 3741.

⁴⁵ Corte cost., 22 febbraio 1983, n. 31.

⁴⁶ Cons. St., sez. V, 23 giugno 2008, n. 3103.

⁴⁷ Cass. civ., Sez. Un., 6 luglio 2007, n. 15237.

⁴⁸ Cass. civ., sez. I, 24 febbraio 2004, n. 3629. Per una accurata ricognizione, cfr. M. CONSITO, *La «sanitarizzazione» delle prestazioni di servizio sociale attribuite in via principale alle aziende sanitarie*, in R. CAVALLO PERIN, L. LENTI, G. RACCA, A. ROSSI (a cura di), *I diritti sociali come diritti della personalità*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2010, pp. 66-67, cui si rinvia per questi e altri riferimenti giurisprudenziali.

⁴⁹ G. FARES, *Principi erogativi ed elementi organizzativi del Servizio sanitario italiano. La prospettiva del giurista*, in C. COLAPIETRO, M. ATRIPALDI, G. FARES, A. IANNUZZI (a cura di), *I modelli di welfare sanitario tra qualità e sostenibilità*, cit., p. 184.

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ Sul punto, si v. G. FARES, *Costo delle prestazioni sociali e sistemi della copertura della spesa*, in Id., *Prestazioni sociali tra garanzie e vincoli*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2018, p. 277.

I dubbi, in particolare, hanno investito principalmente i trattamenti erogati a favore dei malati di Alzheimer e, più in generale, dei soggetti affetti da demenza, i quali, anche in ragione dell'indubbia complessità operativa che li caratterizza, presentano dei costi elevatissimi.

Il D.p.c.m. 14 febbraio 2001, nell'inaugurare un'impostazione poi ripresa dai DPCM LEA 2001 e 2017, ha parzialmente rimediato al problema, disponendo una ripartizione forfetaria dei costi fra i servizi sanitari regionali e le amministrazioni comunali, con eventuale compartecipazione alla spesa da parte degli utenti. Con riguardo ai trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale erogati in regime residenziale⁵² e semi-residenziale⁵³ a favore dei non autosufficienti, il D.p.c.m. 12 gennaio 2017, nel confermare sostanzialmente la ripartizione *illo tempore* operata dal D.p.c.m. 14 febbraio 2001 e dal D.p.c.m. 29 novembre 2001, prevede, infatti, che i relativi costi siano posti al cinquanta per cento a carico del servizio sanitario nazionale e al cinquanta per cento a carico dei Comuni e/o degli utenti⁵⁴. La ripartizione degli oneri prefigurata dalla normativa, nondimeno, ha dovuto presto fare i conti con una realtà desolante, caratterizzata, da una parte, dalla tendenza delle amministrazioni regionali a scaricare su quelle locali i costi delle prestazioni socio-sanitarie e, quindi, dalla tendenza di queste ultime a farli ricadere sui beneficiari (c.d. *cost-shifting*⁵⁵) e, dall'altra, dalla sempre più drammatica impossibilità per gli utenti e le loro famiglie di compartecipare alla spesa.

⁵² Art. 30, co. 1, lett. b), D.p.c.m. 12 gennaio 2017.

⁵³ Art. 30, co. 4, D.p.c.m. 12 gennaio 2017, cit.

⁵⁴ Come rilevato da Cass. civ., III sez., 28 novembre 2017, n. 28321, la disciplina introdotta dal D.p.c.m. 29 novembre 2001, pur riconducendo, a differenza della disciplina recata dal D.p.c.m. 14 febbraio 2001, le prestazioni c.d. integrate (di natura sanitaria e socio-assistenziale) nell'ambito del servizio sanitario, limita, al pari di quest'ultima, l'intervento della spesa pubblica «alla sola parte sanitaria della prestazione che, in quanto non distinguibile sul piano dei singoli servizi erogati, è stata individuata "forfetariamente" – secondo una valutazione legale presuntiva – in termini percentuali pari alla metà dell'importo della retta». D'altronde, come osserva L. PELLICIA, *Le compartecipazioni nell'assistenza residenziale agli anziani tra ricorsi e LEA. I nodi da risolvere*, in *Welforum.it*, consultabile al seguente indirizzo: «<https://www.welforum.it/le-compartecipazioni-nellassistenza-residenziale-agli-anziani-tra-ricorsi-e-lea/>», «oggi i presidi residenziali per anziani che operano per conto del SSN erogano senz'altro prestazioni sanitarie, ma rispetto al complesso degli obiettivi assistenziali, l'assistenza sanitaria non è, di fatto, la componente che prevale in assoluto; lo dimostrano alcune recenti evidenze sul mix professionale delle strutture, da cui risulta che sono soprattutto le figure socio-assistenziali a dominare (...)». Ad avviso dell'autrice «è questo presumibilmente uno dei motivi per cui, anche al fine del riparto degli oneri, nei LEA la lungoassistenza residenziale è stata considerata a rilevanza non esclusivamente sanitaria». Inoltre, sottolinea l'A., «l'attuale regolamentazione mira a un'equità di trattamento con l'assistenza domiciliare, setting in cui, nelle fasi di lungoassistenza, per le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare, il concorso del SSN è limitato al 50%». Esprime forti perplessità in merito all'equiparazione, in punto di riparto dei costi, fra i trattamenti residenziali e quelli semi-residenziali, G. FARES, *Costo delle prestazioni sociali e sistemi della copertura della spesa*, cit., p. 275.

⁵⁵ In proposito, cfr. M. ARLOTTI, *Governance multilivello e stratificazione viziosa: le politiche per gli anziani non autosufficienti nel caso italiano*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2018, n. 1, pp. 62-64, il quale evidenzia come nei rapporti territoriali inter-governativi vi sia stata la tendenza a scaricare in modo improprio sui Comuni e sugli utenti la copertura di oneri di carattere sanitario di competenza delle Regioni. Tale scarico ha innescato, sottolinea l'A., un secondo meccanismo di «cost-shifting» sul versante dei sistemi di compartecipazione al costo delle prestazioni socio-sanitarie definiti dai Comuni, per quanto riguarda la copertura della quota sociale. La tendenza dei Comuni, secondo l'A., è stata, infatti, quella di far fronte alle difficoltà finanziarie (spesso causate anche da una mancata o inadeguata copertura degli oneri sanitari) limitando in particolare la sovvenzione pubblica per la copertura della quota sociale ai casi più «difficili» in termini di situazione economica e mancanza di rete familiare.

La giurisprudenza, di fronte al contenzioso seriale cui tali problematiche hanno dato vita⁵⁶ e nel silenzio del legislatore sul punto, ha finito, pertanto, per essere investita del compito di individuare nuovi punti di equilibrio in ordine alla ripartizione dei costi delle prestazioni inscindibili⁵⁷.

A rivelarsi decisivo è stato, senza dubbio, il contributo della Corte di cassazione che, muovendo da un'interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 30 della L. 730/1983⁵⁸, ha espresso il principio secondo cui «nel caso in cui oltre alle prestazioni socioassistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del servizio sanitario nazionale»⁵⁹. In particolare, secondo tale consolidato indirizzo esegetico, emblematicamente qualificato dalla Suprema Corte come espressione del «diritto vivente»⁶⁰, «nel caso in cui le prestazioni di natura sanitaria non possano essere eseguite “se non congiuntamente” alla attività di natura socio-assistenziale, talché non sia possibile discernere il rispettivo onere economico, prevale in ogni caso la natura sanitaria del servizio, in quanto le altre prestazioni debbono ritenersi avvinte alle prime da un nesso di strumentalità necessaria essendo dirette a consentire la cura della salute dell'assistito» sicché «la complessiva prestazione deve essere erogata a titolo gratuito»⁶¹. La Corte, d'altra parte, ha precisato che, per accertare se il costo delle prestazioni socio-sanitarie in oggetto debba essere integralmente addossato ai Servizi sanitari regionali, è necessario rivolgere l'attenzione, non sulle caratteristiche della struttura ove è ospitato⁶², quanto sulle concrete condizioni del malato e, in particolare, sulla necessità, per quest'ultimo, di un piano terapeutico personalizzato. Parte della retta di degenza, dunque, potrà essere legittimamente posta a carico del paziente⁶³ solamente quando, all'esito di un accertamento in fatto, possa escludersi la necessità che, per quest'ultimo e per la sua storia

⁵⁶ Per un'approfondita analisi della giurisprudenza in materia, si v. M. TEZZA, *Le origini del contenzioso: quota sanitaria e quota sociale. La definizione della natura delle prestazioni erogate*, in A. CANDIDO (a cura di), *La presa in carico della persona fragile cit.*, pp. 347 ss.

⁵⁷ Sulle controversie concernenti la suddivisione, tra comuni e utenza, della quota sociale della retta di ricovero e sull'utilizzo distorto dell'autonomia regolamentare da parte di alcuni comuni, si v. P. NASINI, *Il contenzioso in tema di integrazione pubblica della retta*, in A. CANDIDO (a cura di), *La presa in carico della persona fragile cit.*, pp. 409 ss.

⁵⁸ L'art. 30, L. n. 730/1983, dispone, in particolare, che «sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali».

⁵⁹ *Ex multis*, Cass. civ., Sez. un., 27 gennaio 1993, n. 1003; Cass. civ., sez. I, 22 marzo 2012, n. 4558; Cass. civ., sez. lav., 9 novembre 2016, n. 22776.

⁶⁰ Cass. civ., sez. I, 22 marzo 2012, n. 4558.

⁶¹ Cass. civ., sez. III, 28 novembre 2017, n. 28321, ord. Non rileva, d'altra parte, il prevalere in concreto della componente sanitaria, giacché, come ha precisato Cass. civ., sez. III, 24 gennaio 2023, n. 2038, ord., il criterio che deve essere impiegato per individuare le prestazioni che devono essere poste integralmente a carico del SSN deve rinvenirsi nella «integrazione tra le prestazioni, ovvero nella unitaria ed inscindibile coesistenza dei due aspetti della prestazione».

⁶² In particolare, come osserva M. TEZZA, *op. cit.*, p. 360, la Corte di cassazione in più occasioni ha ritenuto irrilevante, al fine del conseguente onere a carico del SSN, la circostanza che le cure potessero essere somministrate anche in ambito familiare (*ex multis*, Cass. n. 21162/2024, n. 34590/2023, n. 12714/2023).

⁶³ Con riguardo all'onere della prova, come rilevato da M. TEZZA, *op. cit.*, p. 364, la Corte di Cassazione parrebbe essere orientata nel senso che, nelle cause in cui è l'ente gestore che agisce per avere il pagamento delle rette di degenza,

sanitaria personale, la prestazione socioassistenziale sia inscindibilmente legata con la prestazione sanitaria⁶⁴.

In definitiva, ad avviso della giurisprudenza di legittimità, la ripartizione forfetaria degli oneri socio-sanitari, sebbene dettata dalla normativa vigente proprio per fronteggiare l'impossibilità di distinguere sul piano dei servizi erogati la componente sanitaria dalla componente sociale, dovrà ritenersi recessiva⁶⁵ ogniqualvolta la tutela della salute del paziente renda in concreto necessario «un trattamento sanitario strettamente e inscindibilmente correlato con l'aspetto assistenziale»⁶⁶.

5. Tra «sanitarizzazione» ed eterogenesi dei fini

L'indirizzo interpretativo «sanitarizzante» sviluppato dalla Corte di cassazione appare, quantomeno nelle intenzioni, condivisibile.

Quest'ultimo, d'altronde, muovendo dalla concezione ampia di salute cui fa riferimento, sin dal preambolo, la Costituzione dell'OMS⁶⁷, denota una spiccata sensibilità del giudice in ordine alla necessità di garantire l'effettivo godimento dei diritti sociali, il quale, in concreto, potrebbe essere ostacolato dalla parziale imputazione degli oneri in capo all'utente. La scelta di ricondurre la spesa relativa alle prestazioni socio-sanitarie inscindibili al servizio sanitario nazionale, informato a canoni di eguaglianza, universalità e tendenziale gratuità, appare dunque motivata dalla consapevolezza che, nella prassi, la compartecipazione alla spesa richiesta ai beneficiari del servizio, ancorché diversamente modulata in funzione del reddito rilevante ai fini ISEE⁶⁸, spesso costringe questi ultimi (e i relativi

grava sullo stesso l'onere di aver reso «attività di natura socio-assistenziale» e ciò in ordine non solo all'*an* ma, altresì, all'importo del relativo onere economico.

⁶⁴ Cfr. Cass. civ., sez. III, n. 2038/2023, ord., cit.

⁶⁵ Cfr. Cass. civ., sez. I, 22 marzo 2012, n. 4558, secondo cui appare evidente che «ove sussista quella stretta correlazione (...) fra prestazioni sanitarie e assistenziale, tale da determinare la totale competenza del servizio sanitario nazionale, non vi sia luogo per una determinazione di quote» le quali, al contrario, «presuppongono una scindibilità delle prestazioni».

⁶⁶ Cfr. Cass. civ., sez. III, n. 2038/2023, ord., cit.

⁶⁷ Nel preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, firmata a New York il 22 luglio 1946 ed entrata in vigore il 7 aprile 1948, la salute viene definita, in particolare, come «uno stato complessivo di benessere fisico, mentale e sociale, e non la mera assenza di malattie o infermità».

⁶⁸ In argomento, cfr. F. TREBESCHI, *L'integrazione pubblica della retta per le prestazioni assistenziali*, in A. CANDIDO, *La presa in carico della persona fragile*, cit., pp. 393 ss., che, nel rilevare come l'ISEE sociosanitario applicabile per l'accesso ai servizi residenziali a ciclo continuativo (di cui all'art. 6 co.3 del D.p.c.m. n. 159/2013) sia più rigoroso e, per certi versi, deteriore rispetto a quello valevole per l'accesso ai servizi diurni e domiciliari, rinviene la *ratio* di tale differenziazione nel timore dell'insostenibilità finanziaria dei primi, caratterizzati da oneri particolarmente ingenti e, per quelli rivolti agli anziani, anche dalle incertezze legate al progressivo allungamento dell'aspettativa di vita.

familiari) ad indebitarsi⁶⁹, quando non addirittura a rinunciare alla fruizione delle prestazioni⁷⁰.

Un ruolo non indifferente nell'emersione di tale indirizzo interpretativo, peraltro, è stato certamente esercitato dal deficit attuativo che il sistema dei servizi sociali ha storicamente scontato rispetto al contiguo servizio sanitario nazionale e, più in generale, da quella cultura giuridica, a lungo prevalente in dottrina e in giurisprudenza, che negava l'idoneità dell'art. 38 della Costituzione a conferire ai singoli un vero e proprio diritto soggettivo⁷¹.

Ad ogni buon conto, è bene osservare come, malgrado appaia oggi insostenibile, e probabilmente antistorica, la tesi che relega il giudice nel ruolo di «bouche de la loi»⁷², la funzione normativa, se si eccettua il potere regolamentare dell'amministrazione, risulta ancora oggi una prerogativa del solo legislatore⁷³.

Per imputare le spese delle prestazioni socio-sanitarie al SSN, le Corti, dunque, saranno tenute ad accertare scrupolosamente la ricorrenza, in concreto, dei criteri indicati dalla giurisprudenza di legittimità, dovendo diversamente fare riferimento alla ripartizione degli oneri stabilita dal D.p.c.m. 12 gennaio 2017.

Un'applicazione superficiale e incauta dell'indirizzo esegetico elaborato dalla Corte rischia, infatti, di rivelarsi esiziale per la sostenibilità del servizio sanitario.

Basti pensare all'impatto che, sul piano economico, potrebbe derivare dall'imputazione generalizzata al SSN dei costi delle prestazioni socio-sanitarie erogate a favore dei malati di

⁶⁹ Cfr. A. CANDIDO, *Linee guida per una riforma della non autosufficienza: vincoli costituzionali e modelli di tutela*, in *Federalismi*, 2015, n. 16, che, nel richiamare M. BEZZE, E. INNOCENTI, T. VECCHIATO, *Compartecipazione alla spesa dei servizi per i non autosufficienti*, in *Studi Zancan*, Padova, 2009, n. 9, p. 122, osserva come, in questo modo, si giunga all'esito paradossale di rendere la realizzazione di servizi sociali fattore scatenante di cadute in povertà».

⁷⁰ Con riferimento alla preoccupante tendenza degli assistiti alla rinuncia alle cure (*sub specie*, ai ricoveri nelle R.S.A.) per l'impossibilità di sostenere la compartecipazione alla spesa loro richiesta, si v. R. ALFARANO, D. RUNCÌ, *Aspetti problematici sugli oneri di compartecipazione degli utenti ai costi per i servizi socio-sanitari*, in *Diritto e salute*, 2017, n. 1, p. 72.

⁷¹ Come sottolineato da E. ROSSI, *Il "socio-sanitario": una scommessa incompiuta?*, cit., p. 256, nt. 25, tale tesi, sostenuta, in particolare, da Vezio Crisafulli, è stata ripresa dalle Sezioni unite della Corte di cassazione nella sentenza n. 1003/1993, ove la Corte osserva che «mentre le prestazioni sanitarie sono garantite – a mezzo del Servizio sanitario nazionale – come vero e proprio diritto soggettivo, le attività socio-assistenziali sono rimesse all'organizzazione ed alla discrezionalità delle Regioni e degli enti locali». Per una ricostruzione del dibattito scientifico riguardante la qualificazione della posizione soggettiva del destinatario delle prestazioni assistenziali, e per i riferimenti bibliografici ivi riportati, si v. A. GUALDANI, *Diritto dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, 2018, pp. 31-33.

⁷² Dello stesso avviso è A. LAMORGESE, *L'interpretazione creativa del giudice non è un ossimoro*, in *Questione giustizia*, liberamente consultabile al seguente indirizzo web «https://www.questionegiustizia.it/rivista/articolo/l-interpretazione-creativa-del-giudice-non-e-un-ossimoro_401.php», il quale evidenzia che «la tesi secondo cui il giudice si limita a dichiarare un'entità preesistente o a svelare cosa dica il diritto o a concretizzarne il materiale nascosto, anche quando determini una nuova regola o norma, è una utile concessione al tranquillizzante modello di giudice come "bocca del legislatore" che è ormai superato. Il giudice non è un mero linguista. Il predicato di normatività appartiene non al testo, che ha solo un valore euristico per la ricerca della regola di decisione, ma al suo significato: «le norme sono non l'oggetto ma piuttosto il prodotto, il risultato dell'interpretazione». Il modo di esprimersi corrente secondo il quale l'oggetto dell'interpretazione sono le norme è, quindi, fuorviante».

⁷³ Sebbene, come ricorda A. LAMORGESE, *op. loc. cit.*, vi sia anche chi sostiene che, in taluni casi e, in particolare, quando il giudice eserciti la propria discrezionalità (soprattutto nei casi difficili), la sentenza possa essere assimilata a un «atto legislativo in senso funzionale».

demenza. In proposito, alcune stime rivelano che, se il principio generale affermato dalla Suprema Corte diventasse la regola, lo Stato rischierebbe di essere chiamato a sostenere una spesa pari a 21 milioni di euro al giorno, circa 7,7 miliardi di euro all'anno, somma corrispondente approssimativamente al 15 per cento del fondo sanitario nazionale⁷⁴. Si tratta, peraltro, di una cifra che, oltre ad essere già di per sé insostenibile⁷⁵, è destinata ad esplodere nel prossimo futuro, in conseguenza del vertiginoso innalzamento del numero di anziani e di non autosufficienti suggerito dall'evoluzione delle tendenze demografiche ed epidemiologiche.

In tempi di ristrettezze economiche, per di più, appare lecito dubitare della ragionevolezza della scelta di esentare tutti gli utenti dall'obbligo di partecipare alla spesa socio-sanitaria, ivi inclusi coloro i quali dispongano di livelli di reddito sufficienti (o più che sufficienti) a farvi fronte.

L'applicazione generalizzata di tale indirizzo, d'altra parte, potrebbe rivelarsi socialmente problematica, giacché rischia di acuire i conflitti fra i gruppi umani che competono per le risorse⁷⁶ e, più in generale, di alimentare la conflittualità fra i diritti sociali, il cui massimo grado di soddisfacimento è indubbiamente condizionato, soprattutto nei periodi di crisi economica, «dai modi e dalla misura in cui vengono soddisfatti gli altri»⁷⁷. In altri termini, la «positivizzazione» del principio di diritto enunciato dalla Corte di Cassazione, convogliando una parte sempre più consistente della spesa pubblica verso i trattamenti di lungo-assistenza, risulta suscettibile di determinare, a risorse invariate, un decremento di quelle che possono essere destinate agli altri trattamenti sanitari e/o sociosanitari o, comunque, al soddisfacimento degli altri diritti sociali, finendo in questo modo per alimentare le tensioni, in particolare intergenerazionali, fra i gruppi umani che siano portatori di bisogni sociali differenziati. Al netto delle congetture e delle previsioni che è possibile formulare in merito agli effetti cui la riconduzione generalizzata alla responsabilità economica del SSN delle prestazioni erogate a favore dei malati di demenza potrebbe dar luogo, è necessario rilevare come la tendenza ad interpretare estensivamente l'indirizzo ermeneutico in commento e, di riflesso, l'affidamento in esso riposto da parte dei consociati, abbiano già ad oggi provocato conseguenze devastanti, a partire dall'esplosione del contenzioso fra le RSA e gli utenti. Sulla scorta dell'indirizzo esegetico coniato dagli ermellini, infatti, sempre più persone hanno convenuto in giudizio le residenze sanitarie assistenziali per ottenere la restituzione

⁷⁴ Le stime sono riportate da *Il Post* in un articolo del 20 novembre 2025, consultabile al seguente indirizzo: «<https://www.ilpost.it/2025/11/20/rette-alzheimer-residenze-sanitarie/>».

⁷⁵ Sul punto, si v. L. PELLICIA, *op. cit.*, che sottolinea che «dato l'attuale contesto della finanza pubblica, sarebbe irrealistico immaginare che il SSN possa farsi carico per tutti gli ospiti delle residenze del 100% degli oneri». Peraltro, ad avviso dell'A., «una simile scelta non risulterebbe coerente con le politiche per ritardare le istituzionalizzazioni e per favorire – per quanto possibile – il mantenimento dell'anziano al domicilio».

⁷⁶ G. CORSO, *La protezione costituzionale dei diritti sociali*, cit., p. 278.

⁷⁷ *Ibid.*

di quanto precedentemente versato o, comunque, richiesto la sospensione del pagamento della retta di degenza nelle more del giudizio.

A risentire di tale tendenza, ovviamente, sono i bilanci delle RSA. Del resto, come è stato sottolineato, «in molti casi basta un solo ospite che smette di pagare la retta per mandare in crisi il bilancio di una residenza sanitaria, e spesso sono gestite da enti senza scopo di lucro»⁷⁸. Forte è il rischio, quindi, che i disavanzi in bilancio portino al dissesto economico-finanziario delle strutture pubbliche e private accreditate, determinando, soprattutto nelle regioni in cui il servizio pubblico è maggiormente radicato, un drastico calo dell'offerta socio-sanitaria.

Per scongiurare il pericolo di doversi integralmente far carico della spesa, peraltro, numerose strutture residenziali hanno deciso di interrompere la presa in carico di nuovi pazienti, alimentando, per questa via, la domanda di prestazioni rimasta insoddisfatta.

In un contesto, come quello italiano, in cui l'assistenza residenziale pubblica presenta un tasso di copertura pari al 7,6 per cento dei bisogni della popolazione ultrasessantacinquenne⁷⁹, l'ulteriore contrazione dell'offerta socio-sanitaria si rivela quanto mai problematica, anche perché rischia di compromettere, più di quanto già non sia, la salute di tutti quei soggetti che, oltre ad essere privi delle risorse occorrenti per rivolgersi all'assistenza privata, non possano neppure fare affidamento sulla rete familiare per ricevere un'assistenza anche minima (ancorché certamente insufficiente a fronteggiare i bisogni di cui sono portatori).

L'exasperazione dell'indirizzo ermeneutico messo a punto dalla Suprema corte, dunque, potrebbe paradossalmente finire per pregiudicare l'effettività del fondamentale diritto alla salute che proprio lo stesso intende salvaguardare. In altri termini, un plastico esempio di eterogenesi dei fini.

6. Alcune riflessioni sugli interventi legislativi in materia

La propagazione dell'indirizzo interpretativo sviluppato dalla Suprema Corte ha sollevato una serie di nodi critici, rendendo quanto mai urgente l'intervento rimediante del legislatore.

Una larga condivisione, in particolare, ha accompagnato la proposta di introdurre una norma di interpretazione autentica dell'art. 30 della Legge n. 730/1983 il quale, nel sancire che «sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali», rappresenta, come si è detto, la chiave di volta dell'indirizzo interpretativo inaugurato dalla Corte di cassazione.

⁷⁸ La citazione è tratta dall'articolo de *Il Post* del 20 novembre 2025, già citato.

⁷⁹ Cfr. G. FOSTI, E. NOTARNICOLA, E. PEROBELLI (a cura di), *Il settore Long Term Care tra connessioni, interdipendenze e necessità di integrazione - 7° rapporto Osservatorio Long Term Care*, Egea, 2025, p. 24.

Tale proposta, avallata dalla Conferenza delle Regioni⁸⁰, mira, nello specifico, a chiarire che l'enunciato normativo poc'anzi richiamato deve essere interpretato nel senso che «sono a carico del fondo sanitario nazionale esclusivamente gli oneri delle attività di rilievo sanitario anche se inscindibilmente connesse con quelle socio-assistenziali, ferme restando le disposizioni contenute nei provvedimenti relativi ai livelli essenziali di assistenza (LEA) che definiscono la ripartizione degli oneri per livelli di intensità e di compartecipazione alla spesa, previa valutazione multidimensionale e presa in carico da effettuarsi secondo le modalità definite dalle regioni e province autonome».

Per quanto tale disposizione abbia il merito di porre definitivamente rimedio allo stato di incertezza che allo stato dell'arte connota la ripartizione dei costi delle prestazioni socio-sanitarie inscindibili, pare lecito, nondimeno, dubitare della sua idoneità ad essere applicata per definire i giudizi pendenti, dato che la sua portata retroattiva finirebbe inevitabilmente per collidere con la tutela del legittimo affidamento riposto dai consociati nel consolidato orientamento «sanitarizzante» accolto dalla giurisprudenza di legittimità, con il principio di ragionevolezza e di eguaglianza, nonché con il diritto a un equo processo, spianando così la strada ad una declaratoria di illegittimità costituzionale.

In questa prospettiva, potrebbe forse rivelarsi più ragionevole, per assicurare nel lungo periodo la sostenibilità del sistema, modificare *pro futuro* la formulazione dell'articolo 30, abbandonare definitivamente la volontà di incidere sui giudizi in corso e, infine, stanziare le risorse occorrenti alle Regioni per far fronte alle ulteriori spese impreviste di cui sono già state gravate per effetto di tale indirizzo.

La direzione prescelta dal legislatore, tuttavia, parrebbe essere un'altra ancora, come è dato desumere dalla legge di bilancio per il triennio 2026-2028. Quest'ultima, infatti, prevedendo espressamente lo stanziamento, a valere sul fabbisogno sanitario nazionale standard, di 100 milioni di euro per il 2026, 98 milioni di euro per il 2027 e di 83,1 milioni di euro a decorrere dal 2028 destinati al finanziamento delle spese per la malattia di Alzheimer e altre patologie di demenza senile⁸¹, risulta assecondare, più che mettere in discussione, l'orientamento sviluppato dalla Suprema Corte e, pur avendo indubbiamente il pregio di mettere in condizione le Regioni di farsi carico dell'ulteriore spesa di cui sono state investite⁸² o, verosimilmente, di una parte di essa, non pone rimedio agli squilibri economico-finanziari già patiti dalle stesse per effetto dell'indirizzo esegetico in commento.

Inoltre, la scelta di non superare in via legislativa, se non altro per il futuro, l'orientamento sviluppato dalla giurisprudenza di legittimità, non solo si limita a spostare il problema

⁸⁰ Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 25/53/CR5e/C7, Proposte emendative al DDL AC 2365 "Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria".

⁸¹ Cfr. Art. 1 co. 334 della legge 30 dicembre 2025, n. 199.

⁸² Infatti, come emerge dalla relazione illustrativa al disegno di legge di bilancio 2026-2028, 130, «tale stanziamento è destinato alle regioni al fine di tenere conto delle conseguenze in termini finanziari derivanti da alcuni arresti giurisprudenziali della Corte di cassazione».

in avanti ma pone a carico del sistema pubblico ulteriori costi. Il perdurare dello stato di incertezza in ordine al soggetto tenuto a sostenere il costo delle prestazioni sociosanitarie e la necessità, predicata dalla Suprema Corte, di una valutazione caso per caso per acciararlo, infatti, non fanno altro che alimentare il contenzioso⁸³ e, con esso, le risorse utilizzate dalle amministrazioni per resistere (o, più raramente, per agire) in giudizio. Anche l'immobilismo, insomma, presenta un conto da pagare.

7. Considerazioni conclusive

Quello del riparto dei costi delle prestazioni socio-sanitarie inscindibili, a ben vedere, rappresenta solo l'ennesimo indice della crisi in cui sta inesorabilmente sprofondando il nostro sistema di welfare, minacciato non solo dalla crescente insufficienza delle risorse disponibili rispetto ai bisogni di una popolazione sempre più fragile, ma anche dalla pur troppo irrealistica aspirazione alla generalizzata gratuità delle prestazioni che pur riecheggia, ancor'oggi, sulla stampa e nelle aule dei tribunali.

L'indirizzo ermeneutico forgiato dalla giurisprudenza di legittimità, in questa prospettiva, non solo non appare risolutivo, ma rischia, se esasperato, di sortire effetti contrari a quelli sperati. Basti pensare, come si è detto, alle conseguenze disastrose che potrebbero derivare dal dissesto economico-finanziario delle residenze sanitarie assistenziali operanti nella rete del servizio pubblico, la cui scomparsa lascerebbe privo di tutele un numero crescente di soggetti non autosufficienti sprovvisti dei mezzi economici occorrenti per rivolgersi al mercato degli erogatori privati o di una rete familiare su cui fare affidamento per ricevere un'assistenza anche minima (per quanto, ovviamente, insufficiente a far fronte ai bisogni di cui siano portatori).

Dal canto suo, il legislatore non solo si è astenuto dal risolvere compiutamente tale problematica ma, con l'ultima legge di bilancio, seppur riducendo l'importo inizialmente proposto nel relativo disegno di legge⁸⁴, parrebbe essersi limitato ad assecondare l'indirizzo interpretativo coniato dalla Suprema Corte. Se non fosse che anche l'inerzia, come si è già sottolineato, è suscettibile di determinare una drastica lievitazione del contenzioso e, con esso, delle spese sostenute dalle amministrazioni per farvi fronte.

⁸³ Cfr. C. ZOCCHETTI, *Sanità/RSA e Alzheimer: il Governo "dà retta" alla Cassazione, ma i 100 milioni non risolvono il problema*, in *IlSussidiario.net*, consultabile al seguente indirizzo: <https://www.ilsussidiario.net/news/sanita-rsa-e-alzheimer-il-governo-da-retta-alla-cassazione-ma-i-100-milioni-non-risolvono-il-problema/2911116/>, secondo cui «lasciare la soluzione al caso per caso è di sicuro la maniera più semplice per non affrontare il tema della limitazione del contenzioso perché in questo modo solo al termine del procedimento giudiziario si potrà sapere su chi deve ricadere l'onere del pagamento del ricovero».

⁸⁴ Cfr. art. 63, co.2, del disegno di legge n. 1689 del 2025.

Alla luce della natura intrinsecamente costosa dei diritti sociali, intesi nel loro volto prestazionale, la crescente limitatezza delle risorse rappresenta, con tutta evidenza, il problema principale con cui occorre confrontarsi per garantire la sopravvivenza del welfare italiano. Per porre rimedio al problema, quantomeno nel lungo periodo e a fiscalità invariata, si rivela certamente necessaria una complessiva riqualificazione delle politiche pubbliche, che sappia tener conto dell'esigenza di garantire, prima ancora che il soddisfacimento dei bisogni manifestati dalla popolazione, la prevenzione dei fattori che ne propiziano l'emersione.

Si pensi, ad esempio, alla prevenzione vaccinale, con riferimento alla quale uno studio condotto dalla Johns Hopkins University ha dimostrato che, a ogni dollaro investito corrisponde all'incirca un risparmio di 44 dollari per le spese mediche e per i costi indiretti legati alla produttività del lavoro⁸⁵ oppure, ancora, alla prevenzione della disoccupazione e della povertà salariale, che può essere perseguita solamente attraverso una ponderata combinazione di tutele (individuali e collettive) e politiche industriali⁸⁶.

Il legislatore virtuoso che voglia realmente salvaguardare, in particolare a tutela delle generazioni future, un modello equo e sostenibile di Stato sociale, dovrà dunque essere disposto, anche al costo di perdere consenso, a proiettare l'attività allocativa e, più in generale, l'attività normativa complessivamente intesa, verso obiettivi di lungo termine diretti impedire lo sviluppo delle fragilità e, quindi, l'emersione dei bisogni ad esse correlati⁸⁷.

D'altra parte, dinanzi all'esponentiale dilatazione della domanda di tutela proveniente dai segmenti più vulnerabili della comunità⁸⁸ e alla crescente incapacità della spesa pubblica a farvi fronte, per incapienza, quella di dare tutto a tutti, per giunta gratuitamente, non sembra più una strada realisticamente percorribile.

Si rivela dunque imprescindibile, in tempi di crisi, affinare la selettività del sistema, perché contemperi le istanze di efficienza allocativa ed equità redistributiva. D'altronde, come insegna autorevole dottrina, «istruzione, previdenza, assistenza e sanità sono accomunate in

⁸⁵ Cfr. S. OZAWA, S. CLARK, A. PORTNOY, S. GREWAL, L. BRENZEL, D. G. WALKER, *Return On Investment from Childhood Immunization In Low - And Middle - Income Countries, 2011-20*, in *Health Affairs*, vol. 35, n.2.

⁸⁶ Infatti, come rilevano G. FORGES DAVANZATI, G. PAULI, *Precarietà del lavoro, occupazione e crescita economica: una ricostruzione critica del dibattito*, in *Costituzionalismo.it*, 2015, n. 1, le politiche di deregolamentazione del mercato del lavoro non solo favoriscono processi di moderazione salariale, ma non presentano alcun effetto positivo sull'occupazione (ed anzi, rischiano di aumentare la disoccupazione).

⁸⁷ Cfr. I. LAGROTTA, *La responsabilità costituzionale intergenerazionale come dovere e limite all'azione delle generazioni presenti sotto il profilo della gestione delle risorse economico-finanziarie*, in *Quaderni del Dipartimento Jonico*, 2020, n. 13, p. 168, che osserva come la tendenza del legislatore a sacrificare gli interessi delle generazioni future, come tali prive di una rappresentanza perché non votanti, per «comprare» il consenso delle generazioni presenti, abbia prodotto esiti drammatici in Italia, fra cui un alto debito pubblico, squilibri del welfare sul lato previdenziale, bassa spesa per istruzione e formazione e diminuzione degli investimenti a beneficio di aumenti costanti di spesa corrente.

⁸⁸ Questo, a maggior ragione, tenuto conto del fatto che, come osserva R. FINOCCHI GHERSI, *I servizi sociali e l'assistenza*, in L. TORCHIA (a cura di), *Welfare e federalismo*, Bologna, Il Mulino, 2005, p. 53, «nelle nuove condizioni di vita i confini tra stato di bisogno sono divenuti più labili, e più diffusa è la possibilità di entrare e uscire da uno stato di necessità temporaneo».

Costituzione da un approccio selettivo. La gratuità delle prestazioni non è garantita a tutti: ma solo ai capaci e meritevoli, che intendono accedere ai gradi più alti degli studi e sono “privi di mezzi” (art. 34, comma 2); a coloro che sono “sprovvisti dei mezzi necessari per vivere” e sono inabili al lavoro (l’assistenza di cui all’art. 38, comma 1); agli indigenti che hanno titolo alle cure gratuite (art. 32, comma 1)»⁸⁹.

Il rischio che si corre nel sobbarcare i pubblici poteri di responsabilità ulteriori rispetto a quelle stabilite dalla norma fondamentale, infatti, è che questi ultimi non siano più in grado di tutelare proprio quei soggetti che più di tutti hanno bisogno di accedere gratuitamente alle prestazioni.

Più in generale, forte è il pericolo che, sovraccaricandolo, il sistema di *welfare* finisca per collassare su sé stesso, cosicché ad essere compromesso sia non solo lo sviluppo economico della nazione⁹⁰ ma finanche lo stesso godimento, da parte degli individui, di tutti i diritti costituzionali, avvinti a sistema da un nesso di reciproca interdipendenza. Infatti, come ci insegna la dottrina, «la mancata soddisfazione dei bisogni sociali più elementari ma fondamentali, l’accentuarsi delle disparità in fatto, che palesano l’inadeguatezza o il fallimento degli interventi volti a realizzare una minore disparità sociale, l’assenza di risposta alle domande plurali di inclusione sociale (delle fasce più deboli), incidono anzitutto sulla dignità della persone, limitano le concrete opportunità di scelta del soggetto, per poi condizionare il godimento dei diritti di cittadinanza in senso ampio, di tutti i diritti»⁹¹.

⁸⁹ G. CORSO, *Pubblico e privato nel sistema sanitario*, in G. CORSO, P. MAGISTRELLI (a cura di), G. FARES (con il coordinamento di), *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*, Torino, Giappichelli, 2009, p. 18, che evidenzia, peraltro, come questo sia «il welfare di una società che è povera di risorse perché esce da una guerra e non può permettersi il lusso dell’“universalismo” che caratterizzerà i sistemi dell’Europa occidentale a partire dagli anni sessanta».

⁹⁰ Infatti, come osserva L. TORCHIA, *Premessa*, in ID. (a cura di), *Welfare e federalismo*, cit., p. 8, da una prospettiva favorevole alla presenza dello Stato nel *welfare*, «condizione essenziale dello sviluppo economico è proprio la partecipazione del maggior numero di cittadini al mercato: al mercato del lavoro, alla produzione, al consumo, e quindi le misure che consentono, aiutano e sviluppano questa partecipazione sono misure essenziali per ogni progetto di sviluppo economico, in particolare oggi, quando le condizioni di rischio vengono percepite acutamente dagli individui e dalla società e producono una diffusa sensazione di incertezza e di insicurezza». D’altronde, come ricorda F. POLITI, *Diritti sociali [dir. cost.]*, in *Enc. giur. Treccani on-line*, 2017, «già nel 1926, in contrapposizione al dogma liberista che chiedeva tagli alle spese pubbliche, John Maynard Keynes dimostrò che le cicliche crisi economiche andavano affrontate non con un taglio alle spese sociali ma piuttosto con un deciso intervento dello Stato nell’economia e con interventi pubblici volti a favorire un incremento della domanda di beni di consumo e una redistribuzione più equa delle risorse».

⁹¹ D. MORANA, *I diritti a prestazione in tempo di crisi: istruzione e salute al vaglio dell’effettività*, in *Riv. AIC*, 2013, n. 4.

