

Le persone anziane tra vulnerabilità, vita attiva e inclusione sociale: quale tutela giuridica?

a cura di

Luisa Casseti, Federico Gustavo Pizzetti, Anna Papa



Giappichelli

**Le persone anziane tra vulnerabilità,
vita attiva e inclusione sociale:
quale tutela giuridica?**

In copertina:

Gian Lorenzo Bernini, *Enea, Anchise e Ascanio* (particolare), 1619, Roma, Galleria Borghese.



ESTRATTO

Le persone anziane tra vulnerabilità, vita attiva e inclusione sociale: quale tutela giuridica?

a cura di

Luisa Cassetti, Federico Gustavo Pizzetti, Anna Papa



Giappichelli

© Copyright 2026 – G. GIAPPICHELLI EDITORE - TORINO

VIA PO, 21 - TEL. 011-81.53.111

<http://www.giappichelli.it>

ISBN/EAN 979-12-211-1892-6

ISBN/EAN 979-12-211-6706-1 (ebook-pdf)

ISBN/EAN 979-12-211-6707-8 (ebook-epub)

La pubblicazione del volume è stata finanziata con i fondi del Progetto di ricerca “Elderly People, Vulnerability, Inclusive Society. Ageing and Law (ELVIS)” finanziato dall’Unione Europea - Next Generation EU, PNRR, Missione 4, Componente 2, Investimento 1.1. - Bando PRIN 2022 (D.D. n. 104 del 02/02/2022) (codice id.: 2022YP7KH5; CUP: J53D23006050006 - G53D23002340006 - I53D23003010006). (Principal Investigator Luisa Cassetti). Sito web: <https://www.elvisproject.it/>



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero
dell'Università
e della Ricerca



Italia Domani
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA



A.D. 1988
unipg
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI PERUGIA



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MILANO



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI
PARTHENOPE



G. Giappichelli Editore



Questo libro è stato stampato su
carta certificata, riciclabile al 100%



Stampa: LegoDigit s.r.l. - Lavis (TN)



Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941, n. 633.

Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail autorizzazioni@clearedi.org e sito web www.clearedi.org.

Politiche e servizi assistenziali per gli anziani non autosufficienti. La dimensione regionale e locale tra criticità e prospettive di riforma

Gloria Marchetti*

SOMMARIO: 1. Introduzione. Il perdurante disimpegno dello Stato rispetto alla non autosufficienza anziana e l'ampio intervento regionale nel settore. – 2. Gli elementi di criticità delle legislazioni regionali e delle politiche territoriali per gli anziani non autosufficienti. – 3. Il sistema territoriale di *Long Term Care* nella prospettiva delle recenti normative statali. – 3.1. L'innovativa riforma prevista dalla legge delega n. 33/2023. – 3.2. Il mancato avvio di una riforma in grado di innovare il sistema di *Long Term Care* a livello territoriale. – 4. Considerazioni conclusive. La necessità e l'urgenza di superare lo stallo nell'attuazione della riforma della *Long Term Care*.

ABSTRACT: The essay first highlights the problems of the Italian system of care for non-self-sufficient elderly people: the lack of comprehensive state regulation; the failure to identify essential levels in the field of non-self-sufficiency; the inadequate public assistance system. These issues have led to the adoption, over time, of numerous regional regulation and policies that are different with respect to the following aspects: the sector governance models and management responsibilities; the methods of providing service by Municipalities; the funding sources. Within this framework, the critical elements of regional and local regulations, policies, and care services for non-self-sufficient elderly people are examined. These critical issues have led to profound differences and disparities across the Regions with regard to the various planned interventions and the services actually provided. The essay then examines the innovative scope of Delegating Law No. 33/2023, aimed at reforming the elderly care system, and its subsequent partial implementation, in order to assess its impact on the local system of long-term care.

1. Introduzione. Il perdurante disimpegno dello Stato rispetto alla non autosufficienza anziana e l'ampio intervento regionale nel settore

La questione della non autosufficienza anziana si è imposta con urgenza nell'ambito del processo di integrazione politica e sociale dell'Unione europea¹; ciò ha

* Professoressa Associata di Diritto costituzionale e pubblico, Università degli Studi di Milano.

¹ Il tema dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è stato poco studiato dai giuristi. Al riguardo, si vedano: L.R. CARLEO, M.R. SAULLE, L. SINISCALCHI (a cura di), *La terza età nel diritto interno e internazionale*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1997; U. BECKER, H.J. REINHARD (ed.), *Long-Term Care. A Juridical Approach*, Springer, London, 2018; V. CAPPELLATO, B. GARDELLA TEDESCHI, E. MERCURI, *Anziani. Diritti, bisogni e prospettive. Un'indagine sociologica e*

contribuito a spingere molti Paesi europei ad affrontare il problema, attraverso l'adozione di legislazioni nazionali organiche che prevedono un indirizzo centrale e una successiva implementazione a livello locale.

In Italia, invece, non è stata adottata, fino all'approvazione della legge delega n. 33/2023 («Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane»), una legislazione statale di riforma organica del settore dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, nonostante le molteplici, crescenti ed evidenti criticità². Da un lato, è quindi mancato un quadro normativo di riferimento per le Regioni e gli enti locali³ e non sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza di questo settore, essendosi limitato il legislatore a qualificare come tali – tardivamente, nella legge di bilancio 2022, e in maniera piuttosto generica – l'assistenza domiciliare di tipo sociale (SAD) e l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari. Dall'altro lato, il sistema nazionale di assistenza agli anziani non autosufficienti ha continuato ad essere caratterizzato da particolari specificità che hanno, almeno in parte, contribuito ad ostacolare una sua innovazione: un ampio ricorso all'erogazione di contributi economici (in particolare, l'indennità di accompagnamento⁴); una modesta, talora esigua, erogazione di servizi; una debole integrazione fra le famiglie, i professionisti e gli assistenti familiari (spesso irregolari); una scarsa qualificazione dell'assistenza ed un elevato costo delle strutture residenziali. In realtà, il modello italiano di assistenza pubblica si fonda, ancora oggi, su un'elevata diffusione dell'indennità di accompagnamento che presenta,

giuridica, il Mulino, Bologna, 2021, 187-191. Il tema è stato invece oggetto di studio da parte di sociologi, politologi ed economisti. Al riguardo, tra i contributi più significativi, si vedano: E. PAVOLINI, *Regioni e politiche sociali per gli anziani: le sfide della non autosufficienza*, Carocci, Roma, 2004; C. GORI, *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Carocci, Roma, 2008; C. RANCI, E. PAVOLINI, *Reforms in Long-Term Care in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*, Springer, New York, 2013; V. MOR, T. LEONE, A. MARESSO, *Regulating Long-Term Care Quality. An international Comparison*, Cambridge University Press, Cambridge, 2014; C. GORI, J.L. FERNANDEZ, R. WITTENBERG (eds.), *Long-Term Care in OECD Countries. Successes and Failures*, Bristol University Press, Bristol, 2015; A. BRUGIARINI, L. CARRINO, C. ORSO, G. PASINI, *Vulnerability and Longterm Care in Europe: An Economic Perspective*, Palgrave Macmillan, London, 2017; F. MAINO, F. RAZETTI, *Long term care: riflessioni e spunti dall'Ue, fra innovazione e investimento sociale*, in *La Rivista delle Politiche sociali*, 1, 2019, 143 ss.

² Su 2,9 milioni di anziani non autosufficienti, quasi la metà (48%) non riceve assistenza pubblica, ma fa affidamento esclusivamente sull'aiuto informale della propria famiglia e degli assistenti familiari, mentre il restante 52% riceve servizi pubblici non adeguati alle proprie necessità. Tali dati emergono dai dati INPS, dall'annuario statistico del SSN, dai dati relativi alla spesa sociale dei Comuni e dalle indagini ISTAT. Si vedano, al riguardo G. CINELLI, F. LONGO, *Un Servizio Nazionale per gli Anziani Non Autosufficienti*, MECOSAN, FrancoAngeli, Milano, 118, 2021, 155-173.

³ Sull'inerzia del legislatore statale nel settore della non autosufficienza, si vedano: S. GABRIELE, F. TEDIOSI, *Intergovernmental relations and Long Term Care reforms: Lessons from the Italian case*, in *Health Policy*, 116, 2014, 61-70. In particolare, sulle conseguenze dell'inattuazione del federalismo fiscale sull'evoluzione del settore, si veda: E. VIVALDI, *I servizi sociali e le Regioni*, Giappichelli, Torino, 180-183.

⁴ Prevista dall'art. 1, legge 11 febbraio 1980, n. 18. Sul tema, si veda C. RANCI (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza. Una proposta di riforma dell'indennità di accompagnamento*, Carocci, Roma, 2008.

però, forti limiti, sia rispetto alle procedure di valutazione per la sua erogazione, sia riguardo all'adeguatezza a perseguire l'obiettivo di assistenza agli anziani non autosufficienti. La valutazione dei requisiti per percepire l'indennità, operata dalle Commissioni sanitarie istituite presso le Aziende Sanitarie Territoriali, avviene in assenza di criteri standard e omogenei, e ciò comporta un'ampia discrezionalità decisionale delle stesse. Tale indennità, poi, come è noto, consiste in un importo uguale per tutti gli utenti, senza una graduazione, erogato solo al raggiungimento del 100% di invalidità e ciò impedisce di rispondere in maniera differenziata alle specifiche e diverse esigenze assistenziali.

In questo contesto – caratterizzato dall'assenza di una legislazione organica statale⁵, dalla mancata individuazione dei livelli essenziali per la non autosufficienza e da un inadeguato sistema di assistenza pubblica – sono state, nel tempo, adottate numerose discipline e politiche regionali molto eterogenee⁶. Le Regioni del Nord sono state le prime ad approvare normative per la definizione di *policy* nel settore, dapprima (già dagli anni Settanta) disciplinando i servizi territoriali e, successivamente, le strutture residenziali (a partire dagli anni Ottanta e Novanta). Le Regioni del Sud sono intervenute una decina di anni dopo (Campania, Puglia, Basilicata e Calabria) preferendo, talora, dettare prima una disciplina sulla residenzialità e dopo sui servizi territoriali (Abruzzo e Molise). Dalla fine degli anni Novanta fino alla metà degli anni Duemila, poi, si è avuta un'ampia produzione legislativa regionale, volta a rafforzare l'offerta di servizi agli anziani non autosufficienti, sempre secondo modelli di intervento fortemente differenziati. Alcune Regioni sono sostanzialmente ricorse ai trasferimenti monetari, variamente denominati (assegni di cura o contributi economici), mentre altre si sono maggiormente impegnate a rafforzare l'offerta dei servizi domiciliari (Emilia-Romagna e Toscana), semiresidenziali o residenziali. In altre Regioni, come il Veneto e la Lombardia, si è cercato, invece, di dare attuazione al principio di sussidiarietà orizzontale. Le Regioni hanno compiuto scelte molto differenti anche in merito alle modalità di finanziamento del settore, ai modelli di rafforzamento dei servizi socio-sanitari territoriali e alle procedure integrate di valutazione dei bisogni. Dalla seconda metà degli anni Duemila, le Regioni hanno ulteriormente rafforzato l'integrazione sociosanitaria, secondo diverse modalità, e previsto politiche a sostegno del mercato privato di cura alla persona.

⁵ Al riguardo, si veda G.M. NAPOLITANO, *Le politiche socio assistenziali tra Stato e Regioni a venti anni dalla riforma costituzionale*, in *federalismi.it*, 20, 2022, 82 ss.

⁶ Sul tema, si vedano: E. PAVOLINI, *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, cit.; E. FERIOLI, *L'assistenza ai non autosufficienti nel quadro di un neo-regionalismo in fieri*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, 1, 2007, 65-76; C. GORI, L. PELLICCIA, R. TIDOLI, *Le politiche regionali. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 2° Rapporto, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2010, 91 ss. E. BARBERIS, L. CATENA, *Regioni a confronto*, in C. GORI (a cura di), *Le politiche di welfare sociale*, Mondadori, Milano, 2022, 85-106; T. ANDREANI, *L'assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti: prime considerazioni d'insieme intorno alla legge delega 33 del 2023*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2024, 218-219.

In buona sostanza, le normative e le politiche più significative, in questo settore, si sono avute ai livelli regionali e locali, in cui sono stati sperimentati modelli di assistenza maggiormente innovativi rispetto a quelli statali, al fine di sostenere gli anziani non autosufficienti e le loro famiglie. In particolare, le Regioni, nella definizione delle *policy*, e i Comuni, nell'organizzazione e gestione dei servizi erogati nei loro territori, hanno talora adottato soluzioni piuttosto efficaci, attraverso la creazione di una rete di servizi sociosanitari e assistenziali comprensiva di interventi di tipo domiciliare, residenziale ed economico. Alcune Regioni hanno sperimentato strumenti di integrazione e coordinamento multilivello tra gli enti di programmazione e quelli di offerta dei servizi (come l'Emilia-Romagna e la Toscana), quali i Punti unici di accesso, le Unità di valutazione multidimensionale dell'anziano e i Piani di assistenza individuali; ciò al fine di individuare, in maniera maggiormente coordinata, le politiche per la non autosufficienza⁷. Strumenti che, come si vedrà di seguito, sono stati poi ripresi dalla legge delega del 2023. Alcune Regioni (ad esempio, Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Toscana e Veneto) hanno previsto una programmazione territoriale settoriale, attraverso Piani regionali sociali e sanitari integrati; programmazione finalizzata ad una definizione degli obiettivi di politica sanitaria e sociale integrata e delle modalità di organizzazione dei servizi sociosanitari, in base agli effettivi bisogni assistenziali. Altre Regioni (dapprima l'Emilia-Romagna, seguita da Abruzzo, Campania, Puglia, Molise, e, più di recente, da Lazio e Lombardia), invece, in attesa dell'approvazione di una legge statale di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire ai *caregiver* familiari, hanno regolamentato, in maniera più meno organica, forme di tutela di questi ultimi prevedendo la loro partecipazione alla programmazione sociale, sociosanitaria, assicurandogli un sostegno nell'attività di assistenza, anche attraverso l'erogazione di contributi economici⁸. Tuttavia, sebbene siano da apprezzare gli sforzi delle Regioni e degli enti locali, volti a rafforzare l'offerta di servizi agli anziani non autosufficienti, permangono, come si vedrà di seguito, forti elementi di criticità del sistema territoriale di assistenza a questi ultimi.

Malgrado ciò, e nonostante l'urgenza pressante di definire una legislazione nazionale delle politiche e dei servizi assistenziali per gli anziani – al fine di affrontare

⁷ Sull'importanza, in generale, di un sistema integrato, in particolare tra Regione-enti locali, e di strumenti di coordinamento, si veda P. BILANCIA, *Per un difficile sistema integrato Regione-enti-locali*, in ID. (a cura di), *Modelli innovativi di governance territoriale. Profili teorici e applicativi*, Giuffrè, Milano, 2011, 1-19.

⁸ Per un esame delle leggi regionali di riconoscimento e tutela dei *caregiver*, si vedano: F. PESARESI, *Le leggi regionali sui caregiver*, in ID. (a cura di), *Il manuale dei caregiver familiari*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2021, 93 ss. e, più di recente, L. CASSETTI, S. ROTOLO, *Report di ricerca Caregiver familiare*, 2025, 6-28 (<https://www.elvisproject.it/publicazioni-334/>). Sia consentito rinviare, inoltre, a G. MARCHETTI, *La tutela "multilivello" dei diritti dei caregiver familiari anche nella prospettiva di rimuovere le asimmetrie di genere*, in AA.VV., *Il costituzionalismo multilivello nel terzo millennio. Scritti in onore di Paola Bilancia*, in *federalismi.it*, 4, 2022, sp. 532-535.

le molteplici sfide legate all'invecchiamento crescente e alla non autosufficienza, nonché al cambiamento dei modelli di famiglia, in cui i familiari incontrano sempre maggiori difficoltà a prendersi cura, direttamente o indirettamente, dei propri cari – solo di recente, con l'approvazione della legge delega n. 33/2023, è stata avviata una riforma organica nel settore.

Il presente contributo, pertanto, si sofferma, dapprima, ad esaminare le normative, le politiche e i servizi assistenziali, regionali e locali, per gli anziani non autosufficienti⁹ – ciò nella consapevolezza che è possibile solo tracciare alcune tendenze, per avere una visione d'insieme, in quanto non si dispone di dati precisi, concordanti e aggiornati – per poi valutare il possibile impatto delle recenti normative statali sulle politiche in favore degli anziani – legge delega n. 33/2023 e decreto attuativo n. 29/2024 («Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane») – sul sistema territoriale per la non autosufficienza degli stessi.

2. Gli elementi di criticità delle legislazioni regionali e delle politiche territoriali per gli anziani non autosufficienti

Gli elementi di criticità del sistema territoriale di assistenza agli anziani non autosufficienti sono moltissimi¹⁰; pertanto, ci si limiterà, in questo contributo, a richiamarne, brevemente, solo alcuni.

In primo luogo, si riscontra una forte differenziazione sul territorio, rispetto: alle politiche, alle programmazioni regionali, ai modelli di *governance* del settore e alle responsabilità di gestione; alle modalità di erogazione dei servizi assistenziali da parte dei Comuni; alle diverse fonti di finanziamento. Ciò, in un settore in cui intervengono diversi attori pubblici [Comuni, Azienda Sanitaria Locale (ASL) – variamente nominate, ad esempio Agenzia di Tutela della Salute (ATS) in alcune Regioni come Lombardia e Piemonte – e Residenze Sanitario-Assistenziali (RSA)] e privati nell'erogazione dei servizi¹¹. Sebbene, come si è sopra osservato, alcune Regioni abbiano adottato strumenti volti ad una collaborazione tra gli enti di programmazione e quelli di offerta dei servizi, è per lo più mancato un coordinamento dei diversi attori coinvolti. Di conseguenza, la responsabilità regionale

⁹ Al riguardo, si vedano F. CARRERA, M. PELLEGRINO, *Regionalizzazione e politiche per la non autosufficienza*, in *La Rivista delle Politiche sociali*, 3, 2008, 313 ss.

¹⁰ Sul tema, si vedano i contributi contenuti in AA.VV., *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto, 2020-2021. Punto di non ritorno*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2021; C. LALLO, E. CAMELI, C. TOMASSINI, *Domanda e offerta di assistenza agli anziani lungo la penisola*, in *il Mulino*, 4, 2024, 110-116; G. FOSTI, E. NOTARNICOLA, E. PEROBELLI (a cura di), *Il settore Long Term Care tra connessioni, interdipendenze e necessità di integrazione. Il 7° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care (OLTC)*, Egea, Milano, 2025.

¹¹ Si sofferma su tali problematiche, F. MAINO, *La politica sanitaria*, in M. FERRERA, M. JESSOUA, *Le politiche sociali*, il Mulino, Bologna, 2025, sp. 368-370.

nell'erogazione dei servizi sociosanitari determina profonde differenze tra le Regioni, non solo del Nord e del Sud ma anche tra i territori delle stesse¹². Il fatto, poi, che, spesso, i confini degli Ambiti e dei Distretti Sanitari non coincidano, comporta, inevitabilmente, un ostacolo all'integrazione sociosanitaria e all'erogazione coordinata dei servizi. In alcune Regioni (come Liguria e Lazio), Ambiti e Distretti Sanitari sono stati integrati all'interno di un unico Distretto Sociosanitario, una struttura territoriale che mira a integrare interventi sanitari e sociali¹³. In altre Regioni vi sono meccanismi alternativi per l'integrazione (come l'Ufficio Sociosanitario integrato di ambito in Piemonte, che facilita il coordinamento tra ATS e Distretto Sanitario). Si tratta, tuttavia, di iniziative circoscritte, limitate ad alcuni territori. In realtà, le Regioni hanno adottato, negli anni, approcci diversi rispetto alla necessità di perseguire un'integrazione sociosanitaria e un'erogazione coordinata dei servizi. Alcune Regioni hanno rafforzato un sistema di integrazione sociosanitaria¹⁴, valorizzato una valutazione condivisa dei bisogni e potenziato l'assistenza domiciliare, anche avvalendosi del coinvolgimento del Terzo Settore e delle comunità locali. In alcune Regioni, invece, l'integrazione tra il settore sanitario e quello sociale è rimasta debole e l'assistenza domiciliare ha continuato ad essere occasionale.

In secondo luogo, si rileva una scarsa innovatività delle politiche assistenziali che si basano, sostanzialmente, sull'erogazione di due servizi territoriali, a volte estremamente deboli; le strutture residenziali e l'assistenza domiciliare. Per quanto riguarda le strutture residenziali, la situazione, a livello territoriale, è estremamente eterogenea¹⁵: vi sono Regioni che offrono una buona copertura e un'elevata qualità dei servizi (Regioni del Nord-Est) ed altre in cui vi è una carenza di posti letto e un ridotto personale (Regioni del Centro-Sud)¹⁶. Quanto all'assistenza domiciliare, presenta importanti criticità, in quanto ricomprende differenti tipologie di servizi la cui responsabilità ricade su diversi enti; enti che operano in assenza di un vero e proprio coordinamento. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è gestita dalle

¹² M. TAGLIABUE, T. TESAURO, *Soluzioni "made in Italy" alla non autosufficienza: dall'utopia della deistituzionalizzazione alla domiciliarità della cura*, in *Quaderno* n. 16 /2011, (http://service.istud.it/up_media/cureacasa2011/tesauro.pdf).

¹³ Si cfr. M. ACCORINTI, M. GIOVANNETTI, A. GRAMIGNA, C. POLI (a cura di), *Occasioni e spazi per l'integrazione tra il sociale e il sanitario in Italia*, Roma Tre Press, Roma, 2022.

¹⁴ Tra i giuspubblicisti italiani che si sono occupati dell'integrazione tra servizi sanitari e sociosanitari, si vedano: C. BUZZACCHI, S. LA PORTA (a cura di), *L'integrazione socio-sanitaria e il diritto delle Regioni*, Giappichelli, Torino, 2022; A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli, Torino, 2020, 207-229.

¹⁵ Si veda, al riguardo, A. FURNARI, S. MANFREDI, E. PEROBELLI, *Regione che vai, RSA che trovi: la residenzialità per anziani in dodici Regioni*, in G. FOSTI, E. NOTARNICOLA, E. PEROBELLI (a cura di), *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care. Il 5° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care (OLTC)*, Egea, Milano, 2023, 53-79.

¹⁶ Secondo una ricerca del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi/Rapporto OLTC 2025, il maggior numero di strutture residenziali è in Lombardia, Emilia-Romagna, Piemonte e Veneto.

Aziende Sanitarie Locali, eroga servizi perlopiù infermieristici-sanitari, nella maggior parte dei casi solo occasionalmente e per periodi di tempo limitati. Sebbene essa sia cresciuta negli anni, si riscontrano forti differenziazioni nelle Regioni¹⁷ e una sorta di bilanciamento tra le tipologie di copertura assistenziale: le Regioni del Nord offrono assistenza ad una platea più estesa di persone, ma con servizi più limitati; le Regioni del Sud garantiscono una maggiore intensità di assistenza ma destinata a fasce ridotte di anziani¹⁸. È pur vero che emerge, da dati recenti¹⁹, che nel 2024 vi è stato un incremento del numero di anziani che hanno usufruito di assistenza domiciliare, soprattutto in alcune Regioni, quali il Piemonte, l'Umbria, la Basilicata e la Campania, e che ciò ha permesso di superare non solo il target PNRR 2024 ma anche quello previsto per l'anno 2025. Ma è altrettanto vero che è salito il numero degli utenti a discapito dell'intensità e della durata dei servizi; ciò anche perché il sistema di monitoraggio del PNRR è basato solo sulla numerosità degli assistiti, a prescindere dalla modalità di erogazione dei servizi. Inoltre, è rimasto pressoché immutato l'approccio infermieristico-sanitario. Pertanto, sono persistite le tradizionali criticità del sistema di assistenza domiciliare e non si sono compiuti passi significativi nella direzione di avere un'ADI continuativa e intensiva. Inoltre, rimane l'incognita sulla futura presa in carico degli anziani assistiti, più di recente, attraverso interventi del PNRR che sono destinati a concludersi entro il 2026. I servizi di assistenza domiciliare, noti come SAD, sono, invece, di competenza dei Comuni ed erogano principalmente servizi di sostegno che fanno parte del *welfare* locale²⁰; essi sono piuttosto marginali²¹ e sono stati viepiù limitati nel tempo, in quanto il Comune non è stato in grado di riorganizzare la gestione dei servizi, a fronte di un contesto caratterizzato da una crescente longevità e, di conseguenza, di maggiore gravità delle condizioni degli anziani. Anche in questo caso, inoltre, ci si trova di fronte ad un quadro molto frammentato, caratterizzato da un'erogazione dei servizi fortemente differenziata tra i diversi Comuni²².

¹⁷ Secondo l'Indagine 2024 di Italia Longeva, le Regioni che presentano percentuali di copertura maggiore sono Molise, Abruzzo, Basilicata, Toscana e Umbria, mentre le Regioni che hanno tassi di copertura più bassi sono Calabria, Sardegna e Puglia.

¹⁸ Dati del Ministero della salute 2023, Ufficio di statistica direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.

¹⁹ Si veda il Monitoraggio (rilevazione marzo 2025) pubblicato da Agenas (<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZDU4MDc4NzEtMGYzMC00ZmUzLWlyOTQtNGFmOGUyZTAzYTZlhiwidCI6Ijlk2ODc0Y2QwLWlwOTEtNDliYS1hMTUwLTQwNzI3OTdhNTM5NyIsImMiOiJl9>).

²⁰ Si veda, al riguardo, F. PESARESI, *LEPS: l'assistenza domiciliare sociale (SAD)*, 29 aprile 2024, in www.welforum.

²¹ Si cfr. ISTAT 2020, *Interventi e servizi sociali dei Comuni* (http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&viewmetadata=1&lang=it&QueryId=22823&metadata=DCIS_SPESESERSOC1).

²² Dai recenti dati ISTAT (2023) nel Sud Italia, quasi il 30% dei Comuni non fornisce assistenza domiciliare socioassistenziale agli anziani, rispetto al 6% nel Nord.

Riguardo a queste tradizionali forme di assistenza, è interessante notare che, dai dati a livello nazionale, emerge che nei territori dove sono più presenti le strutture residenziali, sono migliori anche gli interventi domiciliari (tutto il Nord e la Toscana); dove è bassa la copertura di RSA, sono più limitati anche gli interventi dell'assistenza domiciliare (tutto il Centro-Sud). Mentre sono poche le Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Marche e Friuli-Venezia Giulia) che sono impegnate, attraverso importanti investimenti, sia sul fronte della domiciliarità che della residenzialità²³.

Degno di nota, poi, è che in alcune Regioni, dove sono limitati e carenti i servizi domiciliari (ADI o SAD), si sia preferito ricorrere all'erogazione di contributi monetari (ad esempio, assegni di cura), anziché potenziare i servizi esistenti.

In terzo luogo, si osserva un'inadeguatezza, oltre che una differenziazione, a livello territoriale, del finanziamento pubblico ai servizi sociosanitari. Per un verso, in termini generali, in Italia la spesa pubblica complessivamente dedicata all'assistenza degli anziani non autosufficienti è inferiore rispetto a quella di Paesi europei con simili sistemi di *welfare*²⁴. Per altro verso, la spesa sociale, non solo è inadeguata, ma rappresenta anche la componente dove si riscontrano i maggiori squilibri territoriali²⁵. Nel Centro Nord vi sono sia Regioni con livelli di spesa per la residenzialità e la domiciliarità medio-alti, rispetto al dato nazionale (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Toscana e Marche) sia Regioni con spesa di livello medio (Piemonte, Liguria e Umbria) e Regioni con una spesa medio-bassa (Valle D'Aosta e Lazio). Le Regioni meridionali, invece, presentano generalmente livelli di spesa sociale bassa. In molti territori, per di più, vi è uno sbilanciamento tra contributi economici erogati, molto diffusi, soprattutto nelle Regioni del Sud, e servizi limitati, deboli e poco integrati. Generalmente nei Comuni che fanno parte delle Regioni del Nord (per esempio Lombardia, Friuli-Venezia Giulia e Veneto), i servizi residenziali e i sociosanitari sono più estesi rispetto ai Comuni appartenenti alle Regioni del Sud, dove, invece, sono più diffusi gli interventi monetarie rispetto ai servizi erogati, soprattutto quelli domiciliari.

Vi sono poi le questioni relative alla frammentazione delle responsabilità per il finanziamento dei servizi di assistenza, che sono ripartite tra il Servizio Sanitario

²³ Si cfr., al riguardo, L. PELLICIA, *Interventi per gli anziani non autosufficienti. Quali risorse pubbliche per i beneficiari delle varie Regioni? Una sintesi dell'impatto dell'azione dei diversi livelli di governo*, 25 gennaio 2024, 6-7 (<https://www.welforum.it/interventi-per-gli-anziani-non-autosufficienti-quali-risorse-pubbliche-per-i-beneficiari-delle-varie-regioni/>).

²⁴ Al riguardo, si vedano: E. PAVOLINI, *Long-term care social protection models in the EU*, *European Social Policy Network*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2021; C. RANCI, *Le politiche di long-term care*, in C. GIORGI (a cura di), *Welfare. Attualità e prospettive*, Carocci, Roma, 2022, 291-306.

²⁵ Sul tema, si vedano M. CASAVECCHIA, M. TONDINI, L. PELLICIA, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti: squilibri territoriali e prospettive di riforma*, in *La finanza territoriale*, Rapporto 2023, Rubbettino, Venezia, 2023, 137-182.

Nazionale (SSN), l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), le Regioni e i Comuni, e alla varietà e all'insufficienza dei finanziamenti previsti: Fondi statali, come il Fondo nazionale per la non autosufficienza (Fna) e fondi provenienti dal Fondo nazionale per le politiche sociali (Fnps), fondi regionali, comunali ed europei [attraverso, ad esempio, il Fondo sociale europeo (Fse)]. Di conseguenza, tale sistema di finanziamento comporta profonde differenziazioni e disparità sul territorio riguardo ai diversi interventi previsti e ai servizi effettivamente erogati. Rispetto ai finanziamenti regionali, le differenziazioni riguardano sia le tipologie di fondi istituiti che la destinazione degli stessi. Alcune Regioni (come la Liguria²⁶) hanno previsto un Fondo che comprende tutte le risorse – risorse di origine statale (che derivano da una quota del Fnps), comunale e proprie regionali – destinate alle misure a favore delle persone non autosufficienti e a quelle di tipo sociale, sanitario o sociosanitario. Altre Regioni (come il Friuli-Venezia Giulia²⁷ e l'Abruzzo) hanno previsto un Fondo prioritariamente destinato agli interventi di sostegno della domiciliarità. Alcune Regioni (in particolare la Lombardia e la Toscana) hanno introdotto interventi co-finanziati dai fondi comunitari (Fse), gestiti attraverso la modalità dei bandi, volti all'acquisto di servizi formali e informali a sostegno della domiciliarità. Altre Regioni, invece, hanno continuato a prevedere la tradizionale assegnazione di assegni di cura. Va segnalato, altresì, che, mentre quasi tutte le Regioni prevedono contributi a favore di anziani non autosufficienti accuditi a domicilio da familiari, solo alcune Regioni prevedono sostegni economici a favore di coloro che ricorrono ad assistenti familiari regolarmente assunte (l'Emilia-Romagna e la Lombardia), variamente denominati (assegni, bonus o contributi) e finanziati attraverso vari tipi di risorse (dal Fna, a risorse regionali proprie, al Fse). Tuttavia, dagli ultimi dati disponibili, emerge che il numero di beneficiari di questi sostegni economici risulta ancora basso, rispetto ai titolari del tradizionale assegno di cura e dei percettori dell'indennità di accompagnamento. Ciò a causa della limitatezza dei contributi e dell'incertezza circa la loro continuità nel tempo; elementi, questi, che portano i familiari degli anziani non autosufficienti a preferire il ricorso ad assistenti familiari non regolari anziché regolarizzarli e richiedere contributi che potrebbero non essere concessi o essere erogati per un tempo limitato. Alcune problematiche sono legate anche ai finanziamenti dei servizi a livello comunale. I Comuni, enti principalmente responsabili dell'erogazione dei servizi socioassistenziali, gestiscono la quota minoritaria delle risorse destinate all'assistenza degli anziani²⁸. I Comuni, inoltre, dovrebbero intervenire con la c.d. quota sociale, laddove i costi delle prestazioni residenziali sociosanitarie in regime

²⁶ Si cfr. legge reg. Liguria n. 12/2006.

²⁷ Si cfr. legge reg. Friuli-Venezia Giulia n. 6/2006.

²⁸ Secondo il Rapporto annuale ISTAT 2025, la spesa impegnata dai Comuni per la gestione degli interventi e dei servizi per gli anziani, in generale, è sempre meno, con significative differenze territoriali: mentre nelle Regioni del Nord-Est la spesa è più alta, in quelle del Sud la spesa è nettamente inferiore.

di lunga assistenza non sono coperti dal SSN²⁹, ma, di fatto, essi intervengono solo nei casi più problematici, in ragione di difficili condizioni economiche, in presenza di gravi situazioni di disagio sociale o in assenza di una rete familiare di sostegno.

Va ulteriormente segnalata una delle maggiori criticità del settore: nei territori regionali e comunali in cui sono più carenti i servizi sociali e sociosanitari per gli anziani è più estesa la copertura dell'indennità di accompagnamento. L'indennità costituisce, dunque, una sorta di misura volta a compensare i costi che l'anziano o i familiari sostengono per una cura informale-familiare, forma di assistenza ancora prevalente, o attraverso assistenti familiari, spesso non regolarizzati, a fronte dello scarso sostegno della domiciliarità.

Va altresì sottolineato che i fondi del PNRR avrebbero potuto essere destinati a investimenti volti a rafforzare l'offerta residenziale e riqualificare le strutture esistenti. La Missione 6, invece, a fronte degli importanti stanziamenti per la domiciliarità, ha previsto risorse piuttosto limitate per la residenzialità.

Le problematiche che caratterizzano il sistema territoriale per la non autosufficienza degli anziani, destinate peraltro ad aumentare in ragione del rapido invecchiamento della popolazione, inducono a ritenere necessaria l'attuazione di una riforma che preveda, sia a livello nazionale che locale, nuove politiche di programmazione degli interventi e più adeguate modalità di erogazione dei servizi. In proposito, è quindi d'uopo interrogarsi sulle prospettive della *Long Term Care* a seguito del processo di riforma che è stato recentemente avviato a livello statale.

3. Il sistema territoriale di *Long Term Care* nella prospettiva delle recenti normative statali

Ai fini del presente studio, si ritiene pertanto necessario svolgere alcune considerazioni sul possibile impatto delle recenti normative statali sulle politiche in favore degli anziani – la legge delega n. 33/2023 e il successivo decreto attuativo n. 29/2024 – sul sistema territoriale per la non autosufficienza degli stessi. Al riguardo, non si può fare a meno di analizzare, preliminarmente, le previsioni di tali normative, seppur brevemente e in generale.

3.1. L'innovativa riforma prevista dalla legge delega n. 33/2023

La legge delega n. 33/2023 è fortemente innovativa perché prevede, per la prima volta, la costruzione di un sistema di *welfare* che si occupa in maniera organica della non autosufficienza anziana³⁰. La legge si prefigge lo scopo di avviare un

²⁹ La quota a carico del SSN deve essere pari al 50% della tariffa giornaliera e, nei casi più gravi, totalmente a suo carico.

³⁰ Per un esame dei contenuti della legge, si vedano: C. GORI, *La riforma dell'assistenza ai non*

processo di riforma finalizzato a riconoscere il diritto degli anziani ad essere assistiti in modo adeguato ed integrato – in linea con la maggior parte dei Paesi europei che, da anni, si sono mossi in questa direzione – al fine di far fronte alle problematiche legate al crescente invecchiamento. Riforma destinata, inevitabilmente, ad avere significative ripercussioni sulla *governance* dei vari livelli di governo. La legge pone le premesse per una maggiore omogeneità dei servizi sul territorio nazionale, prevedendo tre obiettivi principali.

Il primo obiettivo, fondamentale della riforma, è la realizzazione di un sistema integrato, attraverso interventi di riordino, semplificazione e coordinamento delle attività di assistenza sociale e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti, allo scopo di ricomporre l'attuale frammentazione degli interventi. Dal punto di vista istituzionale, per quanto qui più interessa, la legge prevede un'integrazione della programmazione e della *governance* tra le istituzioni statali, regionali e comunali incaricate di provvedere all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale³¹, oltre che dell'offerta assistenziale. A tal fine, è prevista l'istituzione del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), definito dalla legge come «modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta, in base ai principi di piena collaborazione e coordinamento tra Stato, Regioni e Comuni e nel rispetto delle relative competenze, di tutte le misure a titolarità pubblica dedicate all'assistenza alle persone anziane non autosufficienti, di Stato, Regioni e Comuni»³². L'obiettivo è superare la frammentazione dei servizi tra i diversi livelli di governo e tra i settori, attraverso la creazione di un sistema in cui gli attori pubblici siano in grado di programmare, in maniera congiunta, l'utilizzo delle risorse per la non autosufficienza, a livello statale, regionale e locale, e di effettuare, contemporaneamente, interventi sanitari, sociali e assistenziali. Allo scopo di perseguire tale obiettivo, la legge prevede un omogeneo sviluppo degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS, enti giuridici che devono garantire, per conto degli enti locali, lo svolgimento delle funzioni di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio dei servizi sociali alle famiglie e alle persone) sul territorio nazionale e la loro integrazione con i Distretti Sanitari³³. È altresì previsto che gli

autosufficienti, in *Politiche sociali*, 3, 2023, 511 ss.; F. CEMBRANI, D. DE LEO, *La legge-delega in materia di politiche a favore degli anziani: le insidie delle molte deleghe in bianco lasciate al Governo e di una "Elder Law" italiana che sembra aver messo nell'angolo la componente di cura dell'autosufficienza*, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 3, 2023, 535 ss.; F. LONGO, *Legge Delega Anziani e Long-Term Care*, in *I luoghi della cura online*, 2023; AA.VV., *Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza, Alla ricerca del futuro. La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2024; F.G. PIZZETTI, G. ALBERICO, *Scheda di lettura della l. 23 marzo 2023, n. 33, 2025* (<https://www.elvisproject.it/publicazioni-334/>).

³¹ Sul punto, in senso critico, si veda: A. PIOGGIA, *L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella legge delega 33 del 2023: una pericolosa risposta sociale alle carenze del sistema sanitario?*, in *Sistema salute*, vol. 68, 1, 2024, 53-64.

³² Art. 4, comma 2, lett. b) e c).

³³ Art. 4, comma 2, lett. g) e h).

Ambiti Territoriali Sociali, le Aziende Sanitarie e i Distretti Sanitari si coordinino nell'esercizio delle funzioni di erogazione delle prestazioni e degli interventi di loro competenza, allo scopo di garantire un effettivo sistema integrato. Il fine ultimo è quello di assicurare interventi volti a garantire una serie di prestazioni coordinate di cura, così come definiti dai Progetti individualizzati di Assistenza Integrata (PAI). Tali Progetti – che costituiscono un'importante novità della riforma – vengono elaborati mediante una Valutazione multidimensionale unificata dell'anziano, strumento valutativo unico, completo e standardizzato per individuare i vari bisogni dell'anziano, che avviene in Punti unici di accesso (PUA), istituiti presso le Case della Comunità. I PAI, che indicano tutte le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie, vengono predisposti con la partecipazione non solo della persona destinataria, ma anche dei *caregiver*, dei familiari, del tutore e, nei casi previsti dalla legge, dall'amministratore di sostegno, e degli enti di terzo settore che prestano cura e assistenza a livello territoriale³⁴. Nei PAI sono individuate le responsabilità, le funzioni e le modalità di svolgimento delle attività degli operatori sanitari e sociali che prendono in carico la persona anziana, ma anche il contributo dei familiari e di altri soggetti che collaborano al suo sostegno, e ad esso è legato uno specifico Budget di cura e assistenza³⁵.

Il secondo obiettivo della riforma è la creazione di nuovi modelli di intervento e l'ampliamento dell'offerta; ciò attraverso una riforma dei servizi domiciliari e dei servizi residenziali, mediante un'integrazione tra l'ADI e il SAD³⁶, una revisione dello strumento dell'indennità di accompagnamento e un sostegno e una qualificazione degli assistenti familiari.

A fronte dei limiti dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) fornita dalle ASL, la legge del 2023 prevede un suo potenziamento³⁷, attraverso un aumento della platea dei fruitori del servizio e la configurazione di una nuova assistenza domiciliare, allo scopo di perseguire i seguenti obiettivi: considerare in maniera globale le condizioni dell'anziano, grazie ad un'integrazione tra servizi sociali e sanitari; introdurre un modello di servizi domiciliari specifico per rispondere alle diverse e mutevoli necessità della non autosufficienza (sul piano medico, infermieristico e riabilitativo); prevedere un'assistenza domiciliare che abbia una durata commisurata agli effettivi bisogni degli anziani che tendono, peraltro, ad aumentare nel tempo.

Quanto, invece, alla riforma dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, la legge ha il duplice scopo di ridefinire gli standard del personale impiegato, al fine di adeguarli (dal punto di vista numerico e delle competenze) alle crescenti esigenze – peraltro diverse e variabili a seconda delle situazioni – degli anziani, per un verso,

³⁴ Art. 4, comma 1, lett. l), punto 2.

³⁵ Art. 4, comma 1, lett. l), punto 3.

³⁶ Art. 4, comma 2, lett. n),

³⁷ Previsto dalla Missione 5, componente 2, investimento 1.1. del Piano nazionale di ripresa e Resilienza (PNRR).

e di rivedere i requisiti strutturali per realizzare ambienti più sicuri, confortevoli, con spazi che favoriscano la riservatezza ma anche maggiori relazioni sociali e familiari, per altro verso.

La legge, inoltre, prevede una riforma dell'indennità di accompagnamento, come si è visto ampiamente diffusa nel nostro Paese, trasformandola nella Prestazione universale per la non autosufficienza³⁸. Quest'ultima mira a superare i limiti, sopra citati, dell'indennità di accompagnamento, basandosi su diversi criteri: l'universalismo nell'accesso, in quanto la possibilità di riceverla dipenderà dal fabbisogno assistenziale dell'interessato, misurato attraverso una nuova modalità valutativa – multidimensionale e standardizzata – impiegata per la Valutazione Nazionale di Base (VNB); l'equità dell'importo erogato al beneficiario, che cresce progressivamente all'aumentare del fabbisogno assistenziale; l'appropriatezza delle risposte ai bisogni, poiché i beneficiari potranno scegliere di percepire, come avviene attualmente, un contributo economico senza vincoli d'uso, oppure di fruire di servizi alla persona forniti da gestori privati, enti pubblici o da badanti regolarmente assunte.

La legge delega prevede, altresì, il riordino della normativa riguardante le condizioni dei *caregiver* familiari, la promozione di forme di certificazione delle relative competenze acquisite nel corso dell'esperienza di cura, benefici nell'ambito dei percorsi di formazione ed educazione e modalità di partecipazione di tali soggetti alla programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria ai diversi livelli³⁹. Ad essi, infatti, come si è visto, è data la possibilità di partecipare alla Valutazione multidimensionale unificata (VMU) e all'elaborazione del PAI (e del Budget di cura e assistenza) che, come si è altrettanto visto, oltre a definire le funzioni di cura di responsabilità degli operatori dei servizi, definisce i compiti di cui si fa carico il *caregiver* familiare.

Il terzo obiettivo della normativa è l'ampliamento dell'offerta attraverso l'erogazione di nuove risorse. La legge delega prevede una ricognizione e un riordino delle agevolazioni fiscali e contributive, anche mediante la rimodulazione delle aliquote e dei termini, sia pure nell'ambito delle risorse previste a legislazione vigente, al fine di favorire la regolarizzazione del lavoro di cura prestato al domicilio della persona non autosufficiente e l'erogazione di prestazioni professionali⁴⁰.

3.2. Il mancato avvio di una riforma in grado di innovare il sistema di *Long Term Care* a livello territoriale

Tuttavia, nonostante la legge del 2023 abbia posto le basi per una riforma organica e innovativa del sistema di assistenza agli anziani, il decreto attuativo, il d.lgs.

³⁸ Art. 5, comma 2, lett. a), punto 1.

³⁹ Art. 5, comma 3, lett. c), punti 1, 2, 3.

⁴⁰ Art. 5, comma 2, lett. a), punto 2.

n. 29/2024⁴¹, ha ridimensionato notevolmente l'ampia visione riformista della stessa, talora riscrivendo o lasciando inattuati numerosi principi e criteri direttivi della delega. Di fatto, il legislatore delegato non ha dato seguito alle innovazioni più rilevanti della delega, che riguardano, come si è visto, l'istituzione di un sistema unitario e integrato, la previsione di una nuova *governance* del sistema socioassistenziale, la definizione di nuovi modelli di assistenza domiciliare e residenziale e la riforma dell'indennità di accompagnamento⁴².

L'istituzione del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente è stata, di fatto, rinviata. Non è stato, infatti, realizzato un modello integrato di tutti gli interventi del settore (sanitari, sociali e trasferimenti monetari) ma è stata prevista una programmazione che riguarda solo i servizi e gli interventi sociali.

Quanto alla semplificare delle procedure di valutazione delle condizioni di non autosufficienza degli anziani, attraverso una riforma del tradizionale sistema – che prevede diverse valutazioni, 5/6, non collegate tra loro – il decreto del 2024 si è limitato a prevedere una valutazione multidimensionale unitaria del bisogno dell'anziano, che tenga conto degli aspetti sanitari, sociali, psicologici e abitativi, effettuata dall'Unità di valutazione multidimensionale, sulla base della quale viene poi elaborato un «Progetto Assistenziale Individualizzato» che definisce i servizi e gli interventi necessari. È stata invece demandata ad un decreto del Ministro della salute la disciplina dei seguenti aspetti: la definizione dei criteri per l'individuazione delle priorità di accesso ai PUA, della composizione e delle modalità di funzionamento delle Unità di valutazione multidimensionale, dello strumento della valutazione multidimensionale unificata per l'accertamento della non autosufficienza e per la definizione del progetto individualizzato di assistenza integrata. Al riguardo, appare però significativo che la bozza del decreto attuativo, al momento in cui si scrive in elaborazione presso il Ministero della salute, preveda addirittura procedure più complicate di quelle attuali. Persiste, inoltre, il doppio canale di valutazione in capo a soggetti istituzionali diversi: quello finalizzato al riconoscimento del diritto di accesso alle prestazioni monetarie a carico dell'INPS (indennità di accompagnamento) e quello della valutazione multidimensionale che sarà affidata alla responsabilità delle Unità valutative multidisciplinari (UVM) degli ATS. Tale doppia modalità di valutazione potrebbe portare ad un rimpallo delle responsabilità sulla presa in carico e ad un allungamento dei tempi di intervento; ciò in contrasto con l'obiettivo di «semplificazione e integrazione delle procedure di valutazione delle condizioni della persona anziana non autosufficiente» previste dalla delega⁴³.

Il decreto del 2024 ha altresì rinviato anche la tanto attesa definizione di una

⁴¹ D.lgs. 15 marzo 2024, n. 29, per un esame del quale si vedano, F.G. PIZZETTI, G. ALBERICO, *Scheda di lettura d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29, 2025* (<https://www.elvisproject.it/publicazioni-334/>).

⁴² In tal senso, si vedano: F. CEMBRANI, T. VECCHIATO, D. DE LEO, M. TRABUCCHI, *Le politiche a favore degli anziani non autosufficienti. Molti gli annunci, troppi i rinvii e davvero riservate a pochissime persone le nuove tutele*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2024, 536 ss.

⁴³ Art. 4, comma 2, lett. l).

nuova tipologia di assistenza domiciliare, limitandosi a prevedere la promozione dell'impiego di strumenti di sanità preventiva e telemedicina nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, al fine di mantenere condizioni di vita migliori dell'anziano presso il proprio domicilio, soprattutto in riferimento alla persona definita dal decreto "grande anziana" – che ha compiuto gli 80 anni – con almeno una patologia cronica. Il decreto ha individuato gli attori coinvolti nell'assistenza domiciliare: il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), a livello centrale, chiamato a «garantire il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane (...) anche avvalendosi del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente»⁴⁴; le Regioni e le Province autonome, a livello intermedio, i Comuni, singoli o associati negli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) e i Distretti Sanitari delle Aziende Sanitarie Territoriali⁴⁵. In particolare, agli AST viene data la responsabilità dello «svolgimento omogeneo di tutte le prestazioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali alle persone e alle famiglie residenti ovvero regolarmente soggiornanti»⁴⁶ e la gestione diretta del personale a tal scopo necessario⁴⁷, mentre non sono molto chiari i compiti affidati, in queste specifiche aree, ai Distretti Sanitari. Peraltro, gli ATS e i Distretti Sanitari delle AST disporranno di budget diversi e ciò potrà avere ripercussioni (in negativo) sull'integrazione tra i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e quelli sanitari (LEA)

Quanto ai servizi residenziali, il decreto in esame differenzia quelli di tipo socioassistenziale da quelli sociosanitari, specificandone le rispettive funzioni, ma rinviando, anche in questo caso, ad un decreto successivo la relativa riforma. Sennonché, lo schema di decreto di attuazione del Ministero della salute, emanato nell'aprile 2025, contiene solo alcune previsioni positive riguardo l'organizzazione dei servizi residenziali che, peraltro, non sono coordinate tra loro e appaiono di portata modesta rispetto all'esigenza di realizzare un'effettiva riforma del settore. In particolare, non vengono affrontate le principali criticità, quali la definizione degli standard del personale impiegato e la dotazione del personale necessario per un'adeguata assistenza. Sembra dunque che lo Stato abbia rinunciato a definire gli obiettivi strategici, di medio-lungo periodo, riguardo l'erogazione dei servizi residenziali, e un sistema di finanziamenti necessari a perseguirli, demandando alle Regioni il difficile compito di affrontare le diverse criticità del settore.

Riguardo all'indennità di accompagnamento, il decreto attuativo, al posto di una sua riforma ha previsto una sperimentazione, per il biennio 2025-26, che coinvolge

⁴⁴ Art. 2, comma 3.

⁴⁵ Art. 21, comma 2, lett. c).

⁴⁶ Art. 24, comma 1.

⁴⁷ Art. 24, comma 3.

una percentuale limitata di anziani (circa 24.000 su circa 1,4 milioni di fruitori di indennità di accompagnamento) che avrà accesso alla prestazione universale in base ad un requisito, nuovo, legato alle condizioni economiche dei richiedenti, secondo un rigido limite di reddito, pur rimanendo, comunque, la somma percepita uguale per tutti⁴⁸. L'unico elemento positivo, attuativo della riforma, consiste in una maggiorazione della somma ricevuta, di circa 850 euro mensili – che si aggiungono ai 542 già previsti dall'indennità – per coloro che assumano regolarmente assistenti familiari o ricorrano a servizi destinati al lavoro di cura e assistenza forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non domiciliare⁴⁹. Il decreto, dunque, non ha dato attuazione alla riforma dell'indennità in quanto, in sostanza, non ha considerato i suoi pilastri fondanti: non è previsto un universalismo nell'accesso, né un'equità e gradualità dell'importo, in relazione al grado di fabbisogno assistenziale, né la possibilità di scelta tra percezione di un contributo economico e la fruizione di un servizio, essendo l'erogazione vincolata all'acquisto di servizi di cura e di assistenza forniti da imprese qualificate⁵⁰. Se, poi, uno degli obiettivi della normativa era quello di regolarizzare il lavoro delle assistenti familiari, il nuovo contributo economico non è sufficiente, nemmeno in parte, a coprire il costo di un contratto per una badante. Il decreto, inoltre, non contiene alcuna indicazione in merito alla programmazione e configurazione della prestazione universale, come definite dalla legge delega, una volta terminato il periodo di sperimentazione, e non prevede alcun finanziamento strutturale a tale scopo, ma le risorse per finanziare la maggiorazione vengono reperite da altri capitoli di spesa. Pertanto, rimangono le incognite legate all'effettiva istituzione della prestazione universale, dotata delle caratteristiche previste dalla riforma, alla sua futura estensione all'intera platea degli anziani beneficiari e alle tipologie di risorse che a tal fine dovrebbero essere destinate.

Il decreto attuativo della riforma non ha previsto nemmeno un incentivo di vasta portata finalizzato all'impiego di assistenti familiari regolari. Mentre, come si è visto, la legge delega ha previsto una ricognizione e un riordino delle agevolazioni fiscali e contributive e, quindi, un intervento fiscale (deduzioni, detrazioni) al fine, tra l'altro, di aiutare le famiglie a pagare l'assistenza, il decreto si è limitato ad effettuare una ricognizione ma non un riordino che avrebbe dovuto portare agli sgravi fiscali. Inoltre, non si è prevista una disciplina sugli standard formativi delle assistenti familiari, rinviando a successive linee guida.

⁴⁸ Possono accedere al nuovo trasferimento monetario solo coloro che hanno superato gli 80 anni, già titolari dell'indennità di accompagnamento, con un Indicatore della Situazione Economica Equivalente-ISEE non superiore ai 6 mila euro all'anno e che si trovano in un livello di assistenza assistenziale gravissimo (cfr. art. 35).

⁴⁹ Art. 36, comma 2, lett. a) e b).

⁵⁰ In proposito, in senso critico, si vedano: F. CEMBRANI, T. VECCHIATO, D. DE LEO, M. TRABUCCHI, *Si restringe ulteriormente la coorte degli anziani non autosufficienti che potranno accedere alla prestazione universale prevista dall'art. 4 del decreto legislativo n. 29/2024*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2024, 929-940.

Quanto, invece, alla normativa sui *caregiver* familiari, mentre la delega è piuttosto scarna e generica, il decreto attuativo definisce, invece, il loro ruolo e un loro maggiore coinvolgimento nella programmazione degli interventi a livello locale e nazionale. Il decreto, infatti, individua modalità di relazione con gli operatori del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari, nei diversi momenti di necessità, e interventi che riguardano il familiare non autosufficiente, stabilisce i compiti delle Regioni e prevede il coinvolgimento delle associazioni di *caregiver* nella programmazione regionale e nazionale ⁵¹.

Se, da un lato, non si è data attuazione alla riforma prefigurata dalla legge delega, volta ad ampliare l'offerta dei servizi agli anziani non sufficienti, dall'altro lato, è altresì mancata la previsione di aumenti strutturali delle risorse necessarie per la non autosufficienza, preferendo far ricorso ad altri capitoli di spesa anziché prevedere nuovi investimenti pubblici. Del resto, ciò che ha impedito di dare un'effettiva attuazione alla riforma, prevedendo un rinvio delle principali innovazioni ad una serie di decreti (più di 20) e linee guida e, addirittura, disponendo in maniera diversa rispetto agli elementi caratterizzanti e innovativi della legge delega, è stata proprio la mancanza di risorse necessarie al suo finanziamento. La legge delega non poteva stabilire nuovi stanziamenti, rientrando nell'ambito delle riforme del PNRR che non possono prevedere aumenti della spesa corrente. Nemmeno successivamente, però, sono stati stanziati aumenti delle risorse volti ad ampliare l'offerta dei servizi alla non autosufficienza. Significativo, al riguardo, è che le leggi di bilancio del 2023, 2024 e 2025 non hanno previsto risorse espressamente dedicate alla non autosufficienza anziana. La legge di bilancio 2026 si è limitata a istituire un fondo dedicato per il supporto ai *caregiver* ma non ha previsto nuovi fondi per il sostegno familiare, nonostante sia stato definito un LEPS per l'assistenza domiciliare socioassistenziale (un'ora a settimana). Pertanto, la questione delle risorse finanziarie necessarie per dare attuazione alla riforma rimane irrisolta.

In definitiva, si può quindi affermare che la prima attuazione, solo parziale, della delega – accompagnata da un limitato finanziamento degli interventi, che potevano peraltro contare sugli investimenti del PNRR – non è assolutamente in grado di rinnovare le normative, le politiche e i servizi regionali e locali di *Long Term Care* e di garantire un sistema di diritti e opportunità per i cittadini omogeneo sul territorio nazionale.

⁵¹ Art. 39. Va ricordato, in proposito, che molti altri profili che riguardano i *caregiver* sono stati definiti da diverse proposte presentate alle Camere; proposte poi confluite nel disegno di legge sui *caregiver* familiari, approvato dal Consiglio dei ministri il 12 gennaio 2026, che prevede l'introduzione di tutele e sostegni, nei loro confronti, e valorizza il loro ruolo di cura. Sul tema, si vedano, L. CASSETTI, S. ROTOLO, *Report di ricerca Caregiver familiare*, cit., 28-40.

4. Considerazioni conclusive. La necessità e l'urgenza di superare lo stallo nell'attuazione della riforma della *Long Term Care*

Nonostante l'iniziale attuazione della riforma non sia idonea a far fronte alle criticità del sistema di *Long Term Care* sul territorio, appare, comunque, prematuro valutare quale sarà il suo impatto futuro, perché ciò dipenderà dalla volontà politica di ridefinire tale sistema. L'adozione di un'ampia legge di delega, che ha posto le basi per una revisione globale della *Long Term Care*, deve essere considerata come un'occasione, forse irripetibile, data l'urgenza di intervenire nel settore, per iniziare a ridefinire – sebbene con grande ritardo – un sistema che è oramai insostenibile e che lo sarà sempre di più. Anche se attualmente il processo di riforma si trova in una situazione di stallo, ci si augura che il legislatore delegato non ritenga concluso tale processo; il decreto del 2024 deve essere, infatti, considerato solo un primo passo nella direzione del cambiamento. È, infatti, necessario e urgente un cambio di passo nella direzione di una completa e organica riforma del settore, in grado di definire una *governance* capace di garantire un sistema di assistenza continuativa, integrata e di qualità per una globale pressa in carico dell'anziano non autosufficiente.

In primo luogo, è opportuna una revisione del decreto attuativo, ai fini di renderlo in linea con le innovazioni contenute nella legge delega, e prevedere una programmazione maggiormente strategica, graduale, attraverso un piano pluriennale degli interventi.

In secondo luogo, è improrogabile l'adozione di ulteriori decreti attuativi, coerenti con i contenuti innovativi della delega, allo scopo di definire un adeguato modello di assistenza agli anziani non autosufficienti, incentrato sulla costruzione di un sistema di *governance* integrata e unitaria. È indubbio che debba essere rafforzato il ruolo dello Stato (che finora è stato piuttosto ridotto) e definita una *governance* nazionale solida, capace di affiancare le Regioni e gli enti locali, al fine di promuovere lo sviluppo del settore e garantire una maggiore uniformità dei servizi su tutto il territorio. D'altra parte, essendo, comunque, le Regioni e i Comuni a determinare, in concreto, i risultati della riforma, devono essere maggiormente valorizzate le loro competenze, rafforzati i servizi territoriali e domiciliari professionali e le peculiarità locali, per una più adeguata programmazione ed erogazione degli stessi. In altri termini, per migliorare la *governance* del sistema di *Long Term Care* è necessario trovare un punto di equilibrio tra un maggior ruolo dello Stato e un rafforzamento delle autonomie regionali e locali.

In terzo luogo, a fronte di un'insufficienza della spesa pubblica complessivamente dedicata all'assistenza degli anziani non autosufficienti è necessario che vengano stanziati e incrementati i finanziamenti strutturali che permettano di portare avanti interventi in grado di dare attuazione al potenziale innovativo della legge delega. È evidente, al riguardo, che una completa attuazione della riforma implichi un enorme dispendio di risorse; appare quindi necessario prevedere nuovi

finanziamenti, legati a progetti strategici e omnicomprensivi, allo scopo di evitare sprechi e che i costi diventino in futuro insostenibili⁵².

Infine, è necessaria una rapida attuazione della riforma, accompagnata, come si è sottolineato, da significativi trasferimenti economici, prima che diventi ancora più difficile realizzare una vera presa in carico della persona anziana non autosufficiente, in ragione dell'acuirsi delle criticità evidenziate e del crescente invecchiamento⁵³.

⁵² Al riguardo, si vedano G. FOSTI, E. NOTARNICOLA, E. PEROBELLI, *La sostenibilità del settore Long Term Care nel medio-lungo periodo. Sesto Rapporto Osservatorio Long Term Care di CERGAS SDA Bocconi*, Egea, Milano, 2024; secondo il Rapporto sono necessari interventi strutturali per affrontare problemi di sostenibilità economica, del personale e dei modelli di servizio nel settore LTC.

⁵³ Al riguardo, si veda L. CASSETTI, *Un patto sociale e una prospettiva culturale a sostegno delle politiche per le persone anziane*, in *L'arte del dialogo*. Liber Amicorum Salvatore Prisco, Editoriale Scientifica, Napoli, 2025, in pubblicazione.

Finito di stampare nel mese di febbraio 2026
nella LegoDigit s.r.l. – Via Galileo Galilei, 15/1
38015 Lavis (TN)