



Non autosufficienza

Welfare e azione sindacale

A cura dell'Area Stato Sociale e Diritti



Settembre 2026

Sommario*

SINTESI	3
1. La transizione demografica in Italia	4
2. Stato dell'arte: il sistema di welfare per le persone anziane non autosufficienti in Italia	8
3. La stagione delle (mancate) riforme	12
3.1. La Legge 33/2023 recante delega al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane	12
3.2. L'attuazione della riforma della non autosufficienza: il D.lgs. 29/2024	13
3.3. I Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali per la non autosufficienza	18
3.4. Linee guida per la definizione di modelli organizzativi degli ATS per l'attuazione dei LEPS	20
4. La programmazione sociale.....	23
4.1. La frammentazione della programmazione sociale in Italia.....	23
4.2. L'attuale programmazione dedicata alle persone anziane e/o non autosufficienti	25
4.3. Fuori programma: chi paga le rette delle RSA per le persone anziane non autosufficienti affette da morbo di Alzheimer o demenza grave?.....	32
5. Conclusioni. La programmazione, la protezione e la coesione sociale in Italia.	34
5.1. La postura confederale	34
5.2. La cassetta degli attrezzi	36
Appendice	40
Bibliografia essenziale	49

***Testo aperto e di stimolo a ulteriori contributi e valutazioni.**

Non autosufficienza: welfare e azione sindacale

SINTESI

"Di tutti i fenomeni contemporanei, il meno contestabile, il più sicuro nel suo andamento, il più facile da prevedere con grande anticipo, e fors'anche il più gravido di conseguenze, è l'invecchiamento della popolazione"
(Alfred Sauvy)

Il presente rapporto, elaborato dall'Area Stato Sociale e Diritti della CGIL Nazionale, analizza il settore del welfare italiano dedicato in particolar modo alle persone anziane non autosufficienti con l'obiettivo di fornire alle strutture territoriali del sindacato, tutto, strumenti di lettura e di azione per governare la transizione demografica in atto. Il documento si articola in cinque sezioni.

La prima restituisce il drammatico quadro demografico: un paese con un'età media di 47,1 anni, circa 4 milioni di anziani non autosufficienti e proiezioni che indicano un ulteriore e significativo invecchiamento della popolazione.

La seconda sezione inquadra lo stato dell'arte del sistema di welfare per la non autosufficienza, ricostruendone i caratteri storici – il familismo strutturale, i trattamenti economici come strumenti quasi esclusivi di risposta pubblica, la disomogeneità territoriale dei servizi – con particolare attenzione alla dimensione di genere e al ruolo del lavoro di cura informale.

La terza sezione esamina criticamente la stagione delle riforme recenti – il PNRR, la legge delega 33/2023 e il d.lgs. 29/2024 – evidenziandone i limiti, anche alla luce dell'assenza di investimenti nel settore.

La quarta sezione analizza la frammentazione della programmazione sociale nazionale, con focus sul Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2025-2027 e sul Fondo per le non autosufficienze.

Le conclusioni delineano una possibile postura confederale della CGIL e la «cassetta degli attrezzi» dell'azione sindacale territoriale per governare i fenomeni descritti, integrate da un'appendice sulla proposta di legge di iniziativa popolare per il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale.

1. La transizione demografica in Italia

La popolazione residente in Italia sta sperimentando da anni importanti cambiamenti di tipo quantitativo e strutturale. La continua diminuzione della fecondità, il progressivo aumento della speranza di vita e l'arrivo di flussi migratori dall'estero sono fenomeni in atto da decenni che contribuiscono a definire in modo peculiare la numerosità e le caratteristiche della popolazione¹.

Nell'ultimo decennio, la popolazione ha registrato un calo di 1,3 milioni di residenti, passando dai 60,2 milioni al 1° gennaio 2016 a 58,9 milioni al 1° gennaio 2026. Nel corso del 2025, dopo anni di declino, la popolazione risulta sostanzialmente stabile rispetto al 2024. Il saldo naturale tra nascite e decessi continua a essere fortemente negativo (con 355 mila nascite a fronte di 652 mila decessi); tuttavia, la dinamica migratoria positiva, ovvero un volume di immigrazioni dall'estero che supera quello delle emigrazioni, compensa il deficit dovuto alla dinamica naturale.

L'evoluzione della popolazione non è uniforme sul territorio nazionale. Nel 2025, la popolazione è stabile nel Centro e in aumento nel Nord (del 2,3 per mille nel Nord-ovest, del 2,0 per mille nel Nord-est). Nel Sud e nelle Isole, invece, è in calo, registrando rispettivamente un decremento del 3,1 e del 3,2 per mille.

Anche le Aree Interne del Paese perdono popolazione (-2,1 per mille, contro lo 0,6 per mille delle Aree centrali), soprattutto quelle collocate nel Mezzogiorno, che registrano il decremento maggiore (-5,2 per mille nel Sud e -3,6 per mille nelle Isole).

47,1 Anni età media in Italia (54,7 nel 2050)	25,1% Totale popolazione over65 (14,8 mln) (34,6% nel 2050)	4,3% Totale popolazione over85 (2,5 mln) (7,2% nel 2050)	4,6 mln Persone over65 che vivono soli (6,5 mln nel 2050)	4 mln Persone anziane non autosufficienti
--	---	--	---	---

1. L'invecchiamento della popolazione

Le dinamiche demografiche descritte hanno determinato un cambiamento della struttura per età della popolazione. Al 1° gennaio 2026 **l'età media della popolazione residente è pari a 47,1 anni, in crescita di quasi due mesi e mezzo** rispetto al 1° gennaio dell'anno precedente².

In relazione alla proporzione di persone over65, l'Italia è il paese più anziano dell'Unione Europea e il secondo al mondo dopo il Giappone. **Nell'arco di dieci anni, la popolazione italiana over65 è aumentata dell'11,3%, da 13,3 milioni a 14,8 milioni – rappresentando il 25,1% del totale.** All'interno di questa fascia di popolazione, sono in aumento gli individui

¹ ISTAT, Rapporto annuale 2026 - La situazione del Paese, 2026

² ISTAT, Rapporto annuale 2026 - La situazione del Paese, 2026

considerati grandi anziani. Il numero di **persone over 85** anni è in crescita, raggiungendo i 2 milioni 511 mila individui (+101 mila) - rappresentando il **4,3% della popolazione totale**. Gli **ultranovantenni, circa due persone su cento al 1° gennaio 2026, sono infatti aumentati del 34,6% negli ultimi dieci anni**.

Quanto alle **previsioni demografiche**³, **entro il 2050 le persone di 65 anni e più** potrebbero rappresentare il **34,6% del totale** della popolazione secondo lo scenario mediano. Una significativa crescita è attesa anche per la popolazione di **85 anni e più**, quella all'interno della quale si concentrerà una più importante quota di individui fragili, che saliranno al **7,2% nel 2050**. Comunque vadano le cose, l'impatto sulle politiche di protezione sociale sarà importante, visti i crescenti fabbisogni della popolazione più anziana.

2. Le dinamiche di fecondità, le intenzioni riproduttive e la cura dei genitori anziani

In Italia, la sempre più tardiva transizione allo stato adulto riduce il tempo a disposizione per avere figli, contribuendo al calo della fecondità. È la sfera economico-lavorativa, caratterizzata da forte precarietà e aumento delle povertà, il principale freno alle intenzioni riproduttive. Anche **l'impegno di cura verso i propri genitori frena le prospettive genitoriali**, ben più di quello verso i propri figli. **Più di una persona su dieci, tra coloro che non intendono avere figli, è così impegnata nel curare i genitori anziani da rinunciare a un progetto di genitorialità (11,5%: 12,9% tra gli uomini e 10,4% tra le donne): una quota decisamente superiore a quella di chi rinuncia per curare i figli già avuti (1,7%)**.

L'impatto della cura dei genitori anziani si manifesta in modo consistente dai 35 anni (12,0% tra i 35 e i 44 anni); la prospettiva di prendersi cura contemporaneamente della generazione precedente e di quella successiva fa sì che 763 mila persone rinuncino a progetti di fecondità⁴.

3. La crescita delle famiglie unipersonali anziane

Negli ultimi trent'anni il numero delle persone che vivono sole è cresciuto in modo costante. Nel biennio 2024-2025 **vive da solo un quinto della popolazione maggiorenne** (19,9%, pari a 9,9 milioni di individui): una quota più che doppia rispetto al 1994-1995 (quando si fermava al 9,5%). Il fenomeno è il risultato di profondi cambiamenti demografici e familiari.

Donne e **persone** anziane **continuano a rappresentare una quota rilevante delle persone sole** (rispettivamente, il 53,4% e il **46,5%**). **Dopo i 65 anni, vive da solo un terzo della popolazione (32,1%, pari a 4,6 milioni di individui)**; si tratta prevalentemente di donne (69,2% del totale). Il dato previsionale, oltretutto, è in peggioramento: **nel 2050 ci si attende che vivranno sole ben 6,5 milioni di persone over65**⁵.

³ ISTAT, PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE E DELLE FAMIGLIE | BASE 1/1/2024. 28 luglio 2025.

⁴ ISTAT, Rapporto annuale 2026 - La situazione del Paese, 2026

⁵ ISTAT, Rapporto annuale 2026 - La situazione del Paese, 2026

4. Le disuguaglianze di salute

Negli ultimi trent'anni si è registrato un progressivo miglioramento delle condizioni di salute delle generazioni di anziani, sempre più istruite e orientate a stili di vita salutari. Tuttavia, il processo di invecchiamento della popolazione si sta intensificando, favorendo l'aumento della quota di popolazione affetta da multimorbilità (almeno due malattie croniche)⁶.

Si stimano più di 7 milioni di persone (13% della popolazione) che combinano **multimorbilità e limitazioni nelle attività**, una situazione che tra gli **anziani raggiunge il 35,4%**. In questo contesto, **il carico di malattia e di perdita di autonomia si concentra nei gruppi socio economicamente svantaggiati**, maggiormente esposti a condizioni sfavorevoli nel corso della vita (ambienti sociali più degradati, lavori usuranti o precari, eccetera), che incidono anche sulla prevenzione primaria e secondaria.

Secondo il rapporto Caritas 2026, **le caratteristiche delle persone accolte mostrano come la fragilità sanitaria si intrecci con altre forme di vulnerabilità sociale**⁷. Si tratta prevalentemente di uomini e donne nelle età mature e anziane, spesso soli, separati, divorziati o vedovi, con bassi titoli di studio, percorsi lavorativi fragili o già esclusi dal mercato del lavoro. Molti vivono in condizioni abitative precarie e in contesti caratterizzati da una limitata accessibilità ai servizi.

5. Invecchia la povertà in Italia

Il rapporto Caritas 2026 restituisce due profili di vulnerabilità profondamente differenti: **da un lato una povertà italiana sempre più anziana, spesso legata a pensioni insufficienti, solitudine, fragilità sanitarie e precarietà abitativa**; dall'altro una vulnerabilità "straniera" più giovane, frequentemente connessa a condizioni di precarietà lavorativa, lavoro povero, instabilità abitativa e percorsi migratori ancora incompiuti.

I dati degli assistiti dalla Caritas mostrano un progressivo invecchiamento della platea. L'età media delle persone accompagnate raggiunge nel 2025 i 48 anni, confermando un **progressivo invecchiamento della popolazione in condizione di vulnerabilità**: solo tre anni fa questo valore si attestava infatti a 46 anni. **Gli over 65 costituiscono oggi il 15,4% del totale (e il 26,3% tra i cittadini italiani)**. Se nel 2015 gli over 65 rappresentavano il 7,7% delle persone seguite, la loro incidenza risulta praticamente raddoppiata: nel 2015 gli anziani sostenuti dalla rete Caritas sono stati 14.689, nel 2025 invece 42.775.

6. Le persone anziane non autosufficienti

Secondo l'ultima rilevazione ISTAT disponibile, i cui dati risalgono al 2019⁸, gli anziani over 65 non autosufficienti (cioè con gravi limitazioni funzionali) in Italia erano circa 3,8 milioni, pari al 28,4% della popolazione anziana. Applicando la medesima prevalenza alla popolazione over

⁶ ISTAT, Rapporto annuale 2026 - La situazione del Paese, 2026

⁷ CARITAS, La povertà in Italia secondo i dati della rete Caritas. REPORT STATISTICO NAZIONALE 2026. Edizioni Palumbi.

⁸ ISTAT. Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia, 2021, dati 2019

65 più recente, alcune fonti (CERGAS Bocconi, OASI 2025) stimano per **proiezione un valore superiore ai 4 milioni**, sebbene non esista un aggiornamento ISTAT con dati più recenti. Più precisamente, **per il 2023 la stima degli anziani non autosufficienti è pari a 4.027.488 di individui**, in crescita rispetto alla precedente rilevazione in virtù dell'aumento della popolazione anziana⁹.

Popolazione over 65 e non autosufficiente

Regione/PA	Popolazione 65+	Prevalenza NA 65+ (%)	Popolazione 65+ NA
Abruzzo	321.715	32,7	105.201
Basilicata	133.711	33	44.125
P.A di Bolzano	108.307	24,1	26.102
Calabria	435.253	35,6	154.950
Campania	1.149.394	34	390.794
Emilia- Romagna	1.086.649	33	358.594
Friuli-Venezia Giulia	321.370	21,7	69.737
Lazio	1.320.956	26,9	355.337
Liguria	435.304	22,5	97.943
Lombardia	2.326.530	24,4	567.673
Marche	384.637	32,3	124.238
Molise	76.879	25,8	19.835
Piemonte	1.121.870	22,9	256.908
Puglia	930.437	32,8	305.183
Sardegna	414.123	35,2	145.771
Sicilia	1.100.270	34,6	380.693
Toscana	959.361	26,8	257.109
P.A. di Trento	126.166	23,7	29.901
Umbria	229.077	30,3	69.410
Valle d'Aosta	30.725	24	7.374
Veneto	1.168.563	22,9	267.601
Italia	14.181.297	28,4	4.027.488

Elab. CGIL - dati ISTAT 2022

⁹ CERGAS Bocconi, Rapporto OASI, Capitolo 5. L'assistenza agli anziani non autosufficienti: trend nazionali e nuovo percorso di valutazione unica del bisogno. 2025

2. Stato dell'arte: il sistema di welfare per le persone anziane non autosufficienti in Italia

Un filo rosso attraversa l'intera storia¹⁰ del welfare italiano: il **familismo**¹¹. Il sistema, anche nelle fasi di espansione, ha sistematicamente contato, e anzi si è sostanzialmente costruito, sul sostegno gratuito offerto dalle famiglie e sul lavoro di cura non retribuito svolto dalle donne nella famiglia, senza sostenere o tentare di rimediare a quest'onere con adeguati servizi e politiche di conciliazione. La scarsa diffusione di servizi per anziani non autosufficienti ha una precisa valenza di genere: come rileva Saraceno, essa implica che «i parenti, soprattutto le donne, devono fornire la cura», rendendo la famiglia il «partner esplicito del welfare state italiano».¹²

Il cambiamento di paradigma – con l'aumento dell'occupazione femminile, la riduzione della fecondità e delle reti di cura parentali e intergenerazionali, e la crescita del numero di grandi anziani fragili – ha reso sempre più evidente che non è più possibile contare su riserva di lavoro di cura gratuito femminile per far fronte ai bisogni dei grandi anziani fragili¹³. La risposta del sistema italiano a questa trasformazione è stata prevalentemente la mercificazione del lavoro di cura, attraverso il fenomeno delle badanti¹⁴: lavoratrici migranti, spesso in condizione di irregolarità, assunte dalle famiglie per colmare il vuoto lasciato dall'assenza di servizi pubblici. Questa soluzione – definita come **transizione dal «modello di cura familiare» al «modello basato sul migrante nella famiglia»** – ha reso l'Italia il paese che ha fatto maggiormente ricorso all'immigrazione per colmare le lacune del welfare pubblico nelle politiche per la non autosufficienza¹⁵.

La non autosufficienza delle persone anziane è un fenomeno riconosciuto solo recentemente come rischio sociale meritevole di interesse da parte delle politiche pubbliche. Le alternative tradizionalmente disponibili in Italia erano, lo si è detto, soltanto due: la totale presa in carico da parte della famiglia, oppure l'istituzionalizzazione. La prima opzione è stata di gran lunga la più praticata; la seconda – presso istituzioni di natura spesso confessionale o caritatevole – ha subito una profonda crisi di legittimità nel corso degli anni Settanta, sotto l'influenza del dibattito critico delle istituzioni «totali» che ha portato a processi di de-istituzionalizzazione (prima delle persone con sofferenza mentale, poi delle persone anziane non autosufficienti).¹⁶

Sul piano della spesa pubblica, gli anziani hanno storicamente rappresentato una categoria protetta sotto il profilo del sostegno al reddito – grazie al sistema pensionistico – ma non adeguatamente tutelata sotto il profilo dei servizi, sia in campo socio-sanitario (ritardo e

¹⁰ Giorgi C., Pavan I., *Storia dello Stato Sociale in Italia*, Il Mulino 2021

¹¹ Ascoli U. (a cura di), *Welfare state all'Italiana*, Roma-Bari : Laterza, 1984

¹² Saraceno C., *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, 1998

¹³ Saraceno C., *supra*, 1998

¹⁴ Borelli S., *Who cares? Il lavoro nell'ambito dei servizi di cura della persona*, Jovene, 2020

¹⁵ Ascoli U., *Il welfare in Italia*, Il Mulino, 2011

¹⁶ Saraceno C., *supra*, 1998

scarsità delle RSA, ambiguità delle responsabilità tra assistenza e sanità) sia nel campo dell'assistenza strettamente sociale. Questa asimmetria strutturale ha radici profonde nella logica del welfare italiano, che ha affrontato la non autosufficienza dirigendo risorse monetarie verso il nucleo familiare, piuttosto che approntando nuove reti di servizi.

Il caso emblematico è quello dell'**indennità di accompagnamento**, istituita dalla legge 18/1980, che costituisce lo strumento principale con cui il sistema italiano ha affrontato il tema della non autosufficienza. Si tratta di un trasferimento monetario universalistico – concesso senza prova dei mezzi sulla base della certificazione medica di non autosufficienza pressoché totale, senza graduazione in base al bisogno – che viene erogato dall'INPS a chi non è in grado di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, o non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Questo è rimasto per decenni l'unico presidio universale a fronte della non autosufficienza¹⁷.

I limiti di questo approccio sono stati ampiamente documentati¹⁸. Si tratta di una scelta non neutra rispetto alla tipologia di prestazioni di cura che incentiva: il denaro funziona come integrazione del reddito del familiare con onere di cura, ma le cure erogate non sono necessariamente adeguate; oppure viene usato come strumento per retribuire le badanti, alimentando il fenomeno italiano del lavoro migrante non professionale, non qualificato, informale, invisibile e privo di adeguate tutele. Si è trattato, in generale, di incentivare un sistema di cura informale e non professionalizzato, con ricadute pesanti in termini di qualità dell'assistenza e di tutela delle donne (caregiver familiari o badanti) coinvolte¹⁹.

Applicando al nostro Paese il modello del «diamante del welfare» (i cui quattro poli sono: Stato, famiglia, mercato e terzo settore), l'Italia si colloca in una posizione di forte squilibrio: la de-mercificazione fondata sulla famiglia mantiene le diseguaglianze di genere, mentre la mercificazione fondata sul modello del c.d. badantato riproduce diseguaglianze di genere, etnia e classe. Rispetto a questo panorama, solo la de-mercificazione fondata sulla redistribuzione pubblica e l'infrastrutturazione dei servizi su tutto il territorio sarebbe capace, al contempo, di soddisfare i bisogni delle persone anziane non autosufficienti e svincolare le persone da limiti e privilegi derivanti dalle risorse personali e familiari più o meno (ma sempre meno) disponibili.

Un primo tentativo sistematico di costruire una rete di servizi per gli anziani non autosufficienti fu il **Progetto-Obiettivo «Tutela della salute degli anziani» approvato nel 1992** nel quadro della programmazione sanitaria nazionale. Il progetto introdusse elementi destinati a diventare strutturali nell'architettura dei servizi: l'Unità di Valutazione Geriatrica come équipe multidimensionale per la valutazione del bisogno e la definizione del Piano Assistenziale

¹⁷ Ascoli U., *supra*, 2011

¹⁸ M. Arlotti, A. Parma, C. Ranci, S. Sabatinelli, *Riformare diritti sociali iniqui con uno sguardo all'Europa? La sfida dell'indennità di accompagnamento*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, 2017; Pavolini E., *Politiche di cura della non autosufficienza degli anziani «all'italiana»: le origini e le difficoltà di riforma*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, Fascicolo 2-2022; Ranci C., Arlotti M., Garavaglia E., *“Policy inaction”. L'inerzia delle politiche LTC in Italia e le sue ragioni*, *Politiche Sociali*, Fascicolo 3-2024

¹⁹ Saraceno C., *Il Welfare, modelli e dilemmi della cittadinanza sociale*, Il Mulino, 2013

Individualizzato; la distinzione tra servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali; la centralità del Distretto sanitario come snodo di integrazione socio-sanitaria²⁰.

A partire da questo progetto, andò strutturandosi a livello regionale la mappa dei servizi per le persone anziane: l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che combina azioni socioassistenziali e sanitarie a domicilio; il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), per anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti; l'assegno di cura, per le famiglie disponibili a mantenere l'anziano nel proprio contesto; il Centro socioriabilitativo diurno; la Casa protetta e la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per i casi di non autosufficienza non assistibili a domicilio²¹.

Tuttavia, l'infrastrutturazione dei servizi è avvenuta in modo disomogeneo sul territorio nazionale. Le Regioni hanno operato sulla base dei principi del progetto-obiettivo, ma con grandi differenze nelle risorse investite, nei criteri di accesso, negli standard di qualità e nella tipologia di servizi erogati. Il risultato è stata una mappa a macchia di leopardo che ha cristallizzato le disuguaglianze territoriali già presenti nel sistema di welfare.²²

La **Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (L. 328/2000)** dedicò specificamente all'assistenza agli anziani non autosufficienti l'articolo 15 (domiciliarità), prevedendo che i Comuni, anche avvalendosi delle ASL, adottassero interventi per favorire la permanenza a domicilio delle persone anziane non autosufficienti. La normativa perseguiva esplicitamente gli obiettivi contrasto ai fenomeni di povertà ed esclusione sociale, la valorizzazione e il sostegno alle responsabilità familiari e l'incentivo alle misure di sostegno per le persone anziane non autosufficienti²³.

Tuttavia, come noto, la **riforma del Titolo V del 2001** bloccò l'attuazione piena di questa impostazione. Ma in questo arco di tempo aveva cominciato a sedimentarsi una nuova cultura dell'intervento: la preferenza per la domiciliarità rispetto all'istituzionalizzazione; l'approccio multidimensionale al bisogno; il coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore; la centralità del progetto assistenziale individualizzato. Questi elementi costituiranno il nucleo della programmazione successiva.

Il passaggio fondamentale nella costruzione di un sistema nazionale per la non autosufficienza fu l'istituzione del **Fondo per le non autosufficienze**, operata dalla Legge di bilancio per il **2007**, «al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti». Le risorse del Fondo furono concepite come aggiuntive rispetto a quelle regionali e locali. Per oltre un decennio, tuttavia, il Fondo mancò di una cornice programmatica pluriennale: le risorse venivano ripartite con decreti ministeriali annuali, senza una vera architettura di sistema.

²⁰ Franzoni F., Anconelli M., *La rete dei servizi alla persona: dalla normativa all'organizzazione*, Carocci, 2021

²¹ Franzoni F., Anconelli M., *supra*, 2021

²² Arlotti M., *Governance multi-livello e stratificazione «viziosa» le politiche per gli anziani non autosufficienti nel caso italiano*, in *Autonomie Locali e Servizi Sociali*, Fascicolo 1-2018

²³ Persiani M., D'Onghia M., *Diritto della sicurezza sociale*, Giappichelli, 2025

La discontinuità delle dotazioni rifletteva l'assenza di una strategia organica e la vulnerabilità dello strumento alle dinamiche di bilancio. Solo con il d.lgs. 147/2017 – che istituì il Reddito di Inclusione – fu attribuita alla Rete della protezione e dell'inclusione sociale la funzione di elaborare un **Piano Nazionale per la Non Autosufficienza** e fu faticosamente avviata la stagione della programmazione.

Il ragionamento sull'architettura del sistema del welfare, e in particolar modo per le persone anziane non autosufficienti, andrebbe accompagnato da un ragionamento sulle condizioni di lavoro nel settore di cura e assistenza. Se il tema del lavoro domestico e del c.d. badantato è già stato menzionato, non va omissso il riferimento alle drammatiche condizioni in cui versa il personale dipendente dalle strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali, da un lato, e impiegato nell'assistenza domiciliare, dall'altro (per le proposte di miglioramento delle condizioni del personale, anche delle strutture sanitarie, si rimanda alla lettura di “Salute e Sanità – Rafforziamo il SSN, rendiamo effettivo il diritto alla salute” – a cura dell'Area Stato Sociale e Diritti) .

Le lavoratrici e i lavoratori del settore – che è in larga parte popolato da soggetti privati accreditati con il soggetto pubblico, secondo una sfrenata logica di esternalizzazioni e privatizzazioni – sono vittime della frammentazione contrattuale, dovuta alla frammentazione della parte datoriale, che implica, da un lato, un forte *dumping* contrattuale e, dall'altro, forte difficoltà di rinnovare tempestivamente i CCNL.

Infine, il tema del lavoro gratuito di cura nella famiglia, già menzionato, è stato in anni recenti oggetto del dibattito sulla figura del(la) “caregiver” – dibattito esitato nella previsione di uno specifico fondo in alcune delle recenti leggi di bilancio, che rimane tuttavia inutilizzato in quanto privo di un dispositivo normativo che eventualmente individui la platea dei beneficiari, le prestazioni e le tutele.



3. La stagione delle (mancate) riforme

Le recenti riforme in favore delle persone in condizione di disabilità e delle persone anziane, anche non autosufficienti, da sempre rivendicate dalla CGIL, e con insistenza e determinazione, dallo SPI CGIL, sono la risposta alle criticità messe in evidenza dalla pandemia e dai suoi impatti economici, sociali e sanitari. Le due riforme menzionate costituiscono obiettivi strategici del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). La riforma in materia di disabilità (legge delega n. 227/2021 e d.lgs. attuativo 62/2024) esula dalla presente trattazione, che si concentra sulla riforma in favore delle persone anziane non autosufficienti.

Partendo dal PNRR, si fa riferimento, alla **Riforma 2.2, Sistema di interventi per gli anziani non autosufficienti, inserita nella Missione 5, Componente 2, del PNRR**. L'obiettivo della misura avrebbe dovuto essere quello di riformare i servizi sociali a favore delle persone anziane e di migliorare le loro condizioni di vita, adottando un sistema organico di interventi che definisca i LEPS per la non autosufficienza. Questo obiettivo si colloca all'interno di una più ampia strategia di interventi a favore delle persone anziane, che comprende le misure della Missione 6 (Salute) per il riordino e rafforzamento dell'assistenza territoriale (attuata dal DM n. 77/2022), dell'assistenza domiciliare e della telemedicina (M6 C1 I1.2), oltre che l'Investimento *Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione* (M5 C2 I1.1).

In attuazione del suddetto obiettivo è stata approvata la legge n. 33/2023 recante *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*, entrata in vigore il 31 marzo 2023, di cui il decreto legislativo n. 29/2024 è lo strumento attuativo *omnibus*.

3.1. La Legge 33/2023 recante delega al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane

La legge delega n. 33/2023 riconosce la necessità di intervenire sul bisogno crescente di cura e assistenza in Italia, e individua definizioni, criteri guida, principi e valori (artt. 1-2) per un'articolata e complessiva riforma a favore delle persone anziane, rinviando alla decretazione la sua effettiva attuazione.

Il “doppio spirito” della legge n. 33/2023 riposa, da un lato, nella **promozione dell'invecchiamento attivo e della dignità, dell'autonomia e dell'inclusione sociale di tutte le persone anziane e della prevenzione della fragilità** (art. 3) e, dall'altro, nel **riordino, nella semplificazione e nell'integrazione delle attività e dei servizi di assistenza sociale, sociosanitaria e sanitaria per le persone anziane non autosufficienti in particolare** (art. 4), nonché in ulteriori provvedimenti finalizzati a migliorare la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza tramite agevolazioni contributive e fiscali, riforma dei

trattamenti economici, e interventi in materia di assistenti familiari e *caregivers* familiari (art. 5).²⁴

La partita delle risorse, fondamentale per garantire un profondo rinnovamento della qualità e della valorizzazione dei servizi e del lavoro di cura e assistenza in un settore fortemente sottofinanziato, è poi risolta dalla legge delega con una clausola di neutralità finanziaria dei futuri provvedimenti attuativi, accompagnata dall'indicazione dei Fondi e degli investimenti previsti dal PNRR a cui poter attingere (art. 8).

3.2. L'attuazione della riforma della non autosufficienza: il D.lgs. 29/2024²⁵

Il D.lgs. 29/2024 attuativo della Legge 33/2023 consiste in un decreto *omnibus*: contiene, cioè, diverse materie che sarebbe stato preferibile trattare con specifici decreti. Così, molti articoli anche condivisibili sono ripetitivi di quanto già afferma la delega, e non la traducono immediatamente in misure operative. Il D.lgs. è corposo e si compone di **43 articoli** organizzati in due Titoli.

Il Titolo I (artt. 1-20) è rivolto a tutta la popolazione anziana (over 65) e contiene: principi generali e definizioni (capo I); misure promozionali di invecchiamento attivo e prevenzione (capi II e III); progetti abitativi di *senior cohousing* e *cohousing* intergenerazionale (capo IV); misure di alfabetizzazione informatica (capo V). Queste norme, ricche di rinvii per l'attuazione a futuri provvedimenti e prive di stanziamento di adeguate risorse, assegnano – ambigualmente – un ruolo rilevante al volontariato, al servizio civile, agli enti del terzo settore e allo scambio intergenerazionale.

Il Titolo II (artt. 21-43) riguarda esclusivamente la popolazione anziana non autosufficiente. Queste norme differenziano in base all'età l'accesso a servizi e benefici economici. Infatti, gli anziani dai 65 ai 69 anni risultano totalmente esclusi dai servizi, mentre il nuovo beneficio economico della Prestazione Universale sarà riservato agli over 80. Il Titolo II è composto da due Capi.

Il capo I contiene disposizioni per il riordino, la semplificazione, e il coordinamento delle attività e dei servizi di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria dedicati esclusivamente alle persone anziane non autosufficienti. In particolare, queste norme tentano di delineare: la nuova governance delle politiche nazionali in favore delle persone anziane non autosufficienti (soggetti, competenze, sussidiarietà, strumenti di programmazione, articoli 21 e 24); la questione dell'individuazione e dell'erogazione dei LEPS per la non autosufficienza integrati con i livelli essenziali di assistenza sanitari (LEA) (articoli 22, 23 e 26); l'accesso ai servizi e ai

²⁴ Andreani T., *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, Fascicolo 1-2024

²⁵ Gualandi S., *Analisi giuslavoristica della riforma in materia di politiche in favore delle persone anziane non autosufficienti*. In Dinamiche demografiche e mercato del lavoro: la prospettiva giuridica, (a cura di) C. Alessi, W. Chiaromonte, M. Esposito, V. Filì, M. Gambacciani, M. Tiraboschi. ADAPT University Press, 2025

benefici per anziani non autosufficienti tramite i Punti unici di accesso (PUA), dove ottenere la Valutazione multidimensionale unificata (VAMU) (articoli 27 e 28); cenni ai servizi domiciliari (articolo 29), semiresidenziali e residenziali (articoli 30 e 31), ed altri servizi per cure palliative (articolo 32) e persone disabili divenute anziane (articolo 33); la questione della revisione dei criteri minimi per autorizzazione e accreditamento dei soggetti erogatori (articoli 29 e 31).

Il capo II contiene invece disposizioni in materia di: prestazione universale, i.e. il nuovo beneficio economico sperimentale (articoli 34-36); ricognizione delle agevolazioni contributive e fiscali per incentivare la regolarizzazione del lavoro domestico (articolo 37); definizione di standard formativi e formazione del personale addetto all'assistenza e al supporto delle persone anziane non autosufficienti, presso i servizi e presso le famiglie (articolo 38); *caregivers* familiari (articolo 39). Il decreto si chiude sugli aspetti finanziari della riforma (articolo 42).

Una lettura attenta del testo permette di notare che il provvedimento sembra tradire gran parte delle promesse contenute nella legge delega. Infatti, i più di 20 rinvii a futuri provvedimenti – tra decreti ministeriali, linee guida etc. – testimoniano un'attuazione solo parziale della delega e una mancanza di operatività della riforma, facendone emergere la debolezza dell'impianto complessivo. Di seguito, alcune considerazioni sui nodi più salienti del decreto in materia di (a) soggetti destinatari, (b) modalità di accesso a servizi e prestazioni, (c) servizi domiciliari e residenziali e (d) trattamenti economici; per un'analisi più articolata, si rinvia alle [osservazioni](#) già espresse dalla nostra organizzazione. A premessa di questo approfondimento, va detto che l'urgente necessità di consistenti incrementi delle risorse sia in ambito sanitario che sociale, più volte evidenziata dal sindacato durante tutto il percorso della legge delega e della sua attuazione, è rimasta inascoltata.

a) Soggetti destinatari

La prima osservazione da fare al decreto è che questo ha rigidamente differenziato in base all'età, e non in base al bisogno assistenziale, l'accesso ai servizi e alle misure previste dal Titolo II. La valutazione della condizione di non autosufficienza e l'adozione del Piano di Assistenza Individuale vengono infatti riservati agli over 70, escludendo radicalmente le persone dai 65 ai 69 anni da questa possibilità. Per di più, l'accesso al beneficio della Prestazione Universale viene riservato agli over 80. Si smentisce così uno dei principi fondamentali della legge delega, che prevedeva di commisurare servizi e prestazioni in base al bisogno assistenziale e non sulla base dell'età, affermando una visione fortemente categoriale e ingiustificatamente discriminatoria dell'assistenza.

b) Modalità di accesso a servizi e prestazioni

Il decreto, positivamente, prevede una semplificazione del percorso che condiziona l'accesso ai servizi e alle prestazioni a favore delle persone anziane non autosufficienti. In particolare, viene introdotto lo strumento della Valutazione Multidimensionale Unificata dei bisogni delle persone, centralizzato presso i Punti Unici d'Accesso (PUA) e condotto dalle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM). Il meccanismo conferma la centralità il modello delle

Case della comunità e il raccordo con la Riforma dell'assistenza territoriale (DM 77/2022). Tuttavia, molti elementi operativi sono rimandati a ulteriori decreti (ad es. i criteri di accesso prioritario ai PUA; la composizione e il funzionamento delle Unità di Valutazione Multidimensionale; lo strumento omogeneo a livello nazionale della Valutazione Multidimensionale Unificata; le modalità di funzionamento della piattaforma informatica per integrazione dei dati disponibili alle diverse amministrazioni) paralizzando di fatto la riforma.

c) Servizi domiciliari e residenziali

Il D.lgs. delude sul piano di un'innovazione importante della legge delega, che prevedeva di riordinare, coordinare e potenziare le diverse forme e risorse (servizi di assistenza domiciliare sociale e sanitaria, attività di cura da parte di badanti e caregiver, servizi di sollievo, agevolazioni fiscali e contributive, ecc.) necessarie ad assicurare il diritto della persona non autosufficiente di vivere e di essere curata a casa propria.

L'obiettivo vincolante, non rispettato, era infatti la creazione di un nuovo sistema pubblico per la domiciliarità che assicuri la continuità assistenziale secondo le specifiche esigenze della persona. Il potenziamento del sistema di assistenza domiciliare che assicuri la continuità assistenziale sarebbe previsto dal sub-investimento M6C1 1.2.1. del PNRR, che vorrebbe un aumento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino alla presa in carico del 10% degli over 65.

Manca poi una radicale visione trasformativa delle strutture residenziali e semiresidenziali, perché l'offerta non viene ridefinita e l'aggiornamento dei criteri nazionali per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture residenziali è rinviato, con mera indicazione di principi non sufficientemente vincolanti. Manca, dunque, il riordino normativo e operativo di strutture che si sono rivelate in molti casi, specie durante la pandemia, vere e proprie "istituzioni totali".

Queste strutture, invece, come previsto dalla legge delega, dovrebbero diventare familiari, aperte, integrate nelle comunità locali, e di piccole dimensioni. Occorre passare dall'attuale modello di residenzialità del "posto letto" a un modello fondato sul "luogo di vita" e di continuum assistenziale della persona alla situazione di salute.

Preoccupa comunque la previsione di "aggiornamento e semplificazione dei criteri" di autorizzazione e di accreditamento, strutturale e organizzativo, e di "congruità del personale" rispetto all'utenza, a cui applicare i trattamenti economici e normativi dei contratti collettivi di cui all'art. 51 del D.lgs. 81/2015.

Tale indicazione è potenzialmente foriera di problemi sia per la qualità del servizio che del lavoro, non trovando riferimento al pieno rispetto dei CCNL sottoscritti dalle OO.SS. comparativamente più rappresentative, e mancando l'allocazione di risorse aggiuntive. Sarà quindi necessario continuare a vigilare su qualità dei servizi, sul rispetto dei diritti e delle condizioni di lavoro, a partire dalla definizione dei requisiti passando dal processo di autorizzazione-accreditamento-convenzionamento, fino alla fase di controllo e rinnovo dell'accordo contrattuale con soggetti erogatori privati e ETS.

I pochi elementi presenti nel decreto senz'altro non favoriscono la centralità del servizio pubblico ma prefigurano un ampliamento della platea dei soggetti erogatori, con rischio di ulteriore privatizzazione.

Infine, il d.lgs. – secondo il mandato della legge delega – avrebbe dovuto rendere operativa una vera integrazione sociosanitaria, cioè tra SSN e sistema socioassistenziale, tra LEA e LEPS, tra Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali, armonizzando la gestione e semplificando l'accesso ai servizi e alle prestazioni, per rimettere al centro il diritto alla cura e all'assistenza per tutti e tutte in base ad una valutazione multidimensionale (bio-psico-sociale) dei bisogni. Invece nel decreto in esame mancano disposizioni vincolanti per l'effettiva integrazione delle due filiere.

d) Trattamenti economici: la Prestazione Universale

In assenza di un rinnovato sistema di servizi, il decreto si riduce a prevedere un nuovo trasferimento monetario. La legge delega indicava l'introduzione della "Prestazione universale" (PU) graduata secondo il bisogno, prevista in via sperimentale, lasciando alla persona anziana non autosufficiente la possibilità di scegliere se beneficiarne sotto forma di trasferimento monetario o servizi alla persona. Il decreto non attua compiutamente questa doppia possibilità, bensì prevede esclusivamente un beneficio economico (in cifra fissa di 850€/mese e non graduato rispetto al bisogno).

Alla luce degli stringenti requisiti (le persone sotto gli 80 anni non potranno beneficiarne, e solo gli over 80 con ISEE inferiore ai 6.000 € e bisogno assistenziale gravissimo ne saranno eventuali destinatari) e delle esigue risorse investite (250 milioni l'anno per due anni: 2025 e 2026), la PU può essere riservata a una platea di beneficiari di massimo 25.000 persone, pari allo 0,6% della popolazione anziana non autosufficiente in Italia (v. tabella sotto).

La PU, insieme alle agevolazioni contributive e fiscali già previste, è una misura a sostegno delle famiglie e finalizzata all'assunzione di assistenti familiari (c.d. badanti) o all'acquisto di servizi di cura e assistenza forniti da imprese "qualificate" (non è chiarito se autorizzate-accreditate). Non è prevista l'integrazione tra percepimento della PU e presa in carico da parte dei servizi territoriali, lasciando le famiglie sole sul mercato privato a sopperire alla carenza di servizi pubblici.

Nell'attuale fase di sperimentazione, la prova dei fatti è stata peggiore di qualsiasi previsione. A fronte di circa 25.000 possibili percettori della PU, sono state presentate solo poco più di 6.200 domande, e ne sono state accolte appena 2.300 (v. tabella sotto – il dato è aggiornato al marzo 2026).

Ciò non può significare l'assenza di bisogno e la scomparsa di anziani non autosufficienti, che abbiamo dimostrato in crescita nel paese, ma alternativamente l'assenza di fiducia verso questa nuova misura o la difficoltà di farne richiesta.

Previsione della platea dei potenziali beneficiari della Prestazione Universale (dati 2024)

Anziani non autosufficienti e percettori dell'assegno di accompagnamento				
	Anziani non autosufficienti (ISTAT)	Persone invalide con assegno accompagnamento (INPS)	Persone con 80 anni e oltre con assegno accompagnamento (INPS)	Possibili percettori di prestazione universale
Piemonte	249.000	98.735	60.430	1.410
Val d'Aosta	7.000	n.d.	n.d.	n.d.
Liguria	97.000	39.830	24.721	580
Lombardia	544.000	256.511	156.779	3.650
Trentino Alto Adige	52.000	n.d.	n.d.	n.d.
Veneto	251.000	121.884	75.651	1.760
Friuli Venezia Giulia	68.000	32.049	20.906	490
Emilia Romagna	345.000	104.224	65.876	1.530
Toscana	251.000	96.274	59.842	1.390
Umbria	68.000	44.533	28.877	670
Marche	121.000	52.555	34.971	810
Lazio	339.000	211.592	111.158	2.590
Abruzzo	102.000	43.306	25.111	590
Molise	19.000	10.192	6.067	140
Campania	369.000	219.547	107.626	2.500
Puglia	290.000	175.388	93.303	2.170
Basilicata	42.000	19.402	12.025	280
Calabria	149.000	92.897	49.321	1.150
Sicilia	363.000	167.120	83.326	1.940
Sardegna	136.000	71.481	36.362	850
Totale	3.862.000	1.857.520	1.052.352	24.500
% sul totale over 80 con assegno di accompagnamento				2,3%
% sul totale anziani non autosufficienti				0,6%

Elab. CGIL - dati ISTAT e INPS

Rilevazioni sull'andamento della Prestazione Universale (richiedenti e beneficiari)

Prestazione Universale								
Mese	Domande presentate	Domande analizzate	Domande annullate	Respinte per motivi amm.vi	Respinte per motivi sanitari	Domande valide	Numero domande	% Domande accolte
				amministrativi	sanitari		accolte	
gen-25	824	645	73	126	137	572	309	54,0%
feb-25	1.079	877	59	132	216	818	470	57,5%
mar-25	874	684	40	115	175	644	354	55,0%
apr-25	536	413	29	80	93	384	211	55,0%
mag-25	565	463	31	75	98	432	259	60,0%
giu-25	558	436	22	89	98	414	227	54,8%
lug-25	426	311	19	65	52	292	175	59,9%
ago-25	142	103	7	24	20	96	52	54,2%
set-25	248	180	11	48	32	169	89	52,7%
ott-25	225	153	9	30	31	144	83	57,6%
nov-25	227	130	7	32	23	123	68	55,3%
dic-25	170	75	8	24	8	67	35	52,2%
gen-26	136	50	7	9	11	43	23	53,5%
feb-26	253	50	6	6	10	44	28	63,6%
mar-26	1	0	0	0	0	0	0	-
Totale	6.264	4.570	328	855	1.004	4.242	2.383	56,18%

Elab. CGIL - Dati CIV INPS

Il CIV dell'INPS ha notato che i requisiti per poter usufruire della PU sono così restrittivi e categoriali che la sperimentazione ne ha evidenziato la assoluta marginalità. I requisiti richiesti sono il risultato di un inadeguato ed esiguo finanziamento²⁶.

Dalle medesime elaborazioni emergono altre due criticità da risolvere per dare gambe alla riforma: l'esigenza di aumento delle risorse umane e delle strutture di prossimità per la presa in carico²⁷.

Viene inoltre registrata l'incidenza negativa sulla procedura del mancato ruolo dei Patronati all'interno delle nuove norme - ruolo da recuperare per realizzare pienamente la presa in carico della persona tramite in coerenza con la funzione riconosciuta costituzionalmente²⁸.

Considerata l'estrema selettività della PU e il fallimento della sua sperimentazione, questa risulta evidentemente incapace sia di liberare le famiglie dall'impegno diretto nella cura o dal costo dei servizi residenziali, sia di eradicare una delle grandi debolezze del settore del lavoro domestico, vale a dire l'enorme diffusione del lavoro irregolare e informale.

3.3. I Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali per la non autosufficienza

I Livelli essenziali delle prestazioni (LEP) rappresentano un elemento essenziale per l'applicazione dei principi del Titolo V della Costituzione.

L'articolo 117, lettera m), della Costituzione recita: *“Lo Stato ha legislazione esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”*.

Ai LEP spetta il ruolo di coniugare l'autonomia finanziaria degli Enti territoriali con la garanzia di accesso a prestazioni uniformi su tutto il territorio nazionale.

Se le Regioni sono i soggetti deputati all'attuazione del LEP sanitari, detti LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), gli enti territoriali deputati all'attuazione dei LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali) sono gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS). La seguente tabella raccoglie i LEPS in vigore dedicati alle persone anziane non autosufficienti.

²⁶ INPS, Allegato alla deliberazione CIV n. 4 del 28 maggio 2026. “INDIRIZZI PER L'ORGANIZZAZIONE E LA GESTIONE DEL RUOLO DELL'INPS NELLA RIFORMA DELLA DISABILITÀ E NELLA RIFORMA A FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE”. P. 16-17

²⁷ INPS, Allegato alla deliberazione CIV n. 4 del 28 maggio 2026. P. 47 e seguenti

²⁸ INPS, Allegato alla deliberazione CIV n. 4 del 28 maggio 2026. P. 68 e seguenti

Ricognizione dei LEPS in vigore per le persone anziane non autosufficienti

LEPS	Riferimento normativo	Atto di programmazione di riferimento	Fonti di finanziamento	Descrizione del LEPS
Incremento SAD (assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari)	Legge 234/2021, comma 162 lett. a)	Piano nazionale interventi e servizi sociali	Fondo Non Autosuf. (FNA)	L'assistenza domiciliare sociale (interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo), assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, a integrazione di interventi di natura sociosanitaria, soluzioni abitative (anche in coerenza con il PNRR), quali nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane e tra generazioni, adattamenti dell'abitazione con soluzioni domotiche e tecnologiche inclusi i servizi di telesoccorso e teleassistenza
Servizi sociali di sollievo (per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie)	Legge 234/2021, comma 162 lett. b)	Piano nazionale interventi e servizi sociali	FNA	Pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato, servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari, attivazione e organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità
Servizi sociali di supporto (per le persone anziane non autosuf. e le loro famiglie)	Legge 234/2021, comma 162 lett. c)	Citato nel Piano nazionale interventi e servizi sociali come "servizi per la non autosufficienza"	FNA	messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti
Accesso unitario ai servizi sanitari e sociali e punto unico di accesso (PUA)	L. 234/2021, comma 163; DM 77/2022	Citato nel Piano nazionale interventi e servizi sociali come "servizi per la non autosufficienza"	FNA	L'accesso dei soggetti non autosufficienti mediante PUA, collocato presso le Case della comunità, deve essere garantito dal SSN e dagli ATS

Unità di valutazione multidimensionale (UVM), progetto di assistenza individuale integrata (PAI)	L. 234/2021, comma 163; DM 77/2022	Citato nel Piano nazionale interventi e servizi sociali come “servizi per la non autosufficienza”	FNA	L’UVM valuta la capacità bio-psico-sociale dell’individuo in condizione di non autosufficienza; sulla base della valutazione viene definito il PAI, che indica gli interventi coerenti con il bisogno rilevato e le responsabilità e compiti degli operatori che assicurano la presa in carico, nonché il contributo della famiglia o di altri
Integrazione dell’offerta dei servizi e degli interventi di cui alle aree individuate al comma 162	L. 234/2021 comma 164	Piano nazionale interventi e servizi sociali	FNA	
Assistenza domiciliare socio-assistenziale (rectius: si tratta di un obiettivo di servizio del LEPS SAD)	L. 199/2025, art. 1, co. 700, lett c)			Un’ora settimanale di assistenza domiciliare da parte dei servizi socioassistenziali per le persone non autosufficienti

[Elab. CGIL - Fonti: Disposizioni di legge e amministrative citate; Strumenti di programmazione; Ufficio Parlamentare di Bilancio. Fonti di finanziamento che integrano le risorse regionali e locali, trattandosi di interventi e servizi in settori che rientrano tra le funzioni dei Comuni.](#)

3.4. Linee guida per la definizione di modelli organizzativi degli ATS per l’attuazione dei LEPS

Il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con Ministro della Salute, Ministro dell’Economia e delle Finanze, ha emanato con [Decreto interministeriale 24 giugno 2025](#) le *Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) per l’attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS)*.

Il Decreto attua un rinvio previsto dall’articolo 24 co. 5 del D.lgs. 29/2024, (c.d. Riforma Anziani Non Autosufficienza). Le linee guida sono state emanate con quasi un anno di ritardo dalla scadenza prevista (19 luglio 2024) a testimonianza della scarsa efficacia del D.lgs. 29/2024.

Il testo si compone di: art. 1 - Adozione delle Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli ATS per l’attuazione dei LEPS; art. 2 - Risorse (clausola di invarianza finanziaria); Allegato A recante “LINEE GUIDA per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli ATS per l’attuazione dei LEPS” (documento costituito da quattro capitoli).

I primi tre Capitoli delle linee guida operano sostanzialmente una ricognizione: 1) dei riferimenti normativi in vigore in materia di LEPS; 2) delle forme giuridiche di gestione associata di funzioni e di servizi sociali (enti strumentali) presenti in Italia, del ruolo dei Comuni e degli ATS; 3) dei modelli organizzativi adottati dagli enti locali per la gestione associata dei servizi sociali. Questa parte delle linee guida si riduce sostanzialmente a una compilazione dell'esistente, e ha tuttavia il pregio di **chiarire lo stato di definizione del LEPS e di sottolineare che non tutti gli ATS esercitano le funzioni a cui sono deputati in modo regolare e continuativo**, e che sussistono **enormi differenze territoriali** nel Paese rispetto alla loro capacità di erogazione di servizi e interventi per l'attuazione dei LEPS.

La parte operativa e del testo è il Capitolo 4, che fornisce indirizzi e orientamenti per arrivare a garantire omogeneità del modello organizzativo degli ATS in tutto il Paese, ma anche **“impegni” assunti dalle parti che hanno sottoscritto [l'Intesa 169/2024 in Conferenza Unificata sul Decreto](#)** (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali; Regioni; Comuni). Si sottolinea **l'importanza degli impegni**, in particolare, in materia di: **programmazione integrata a tutti i livelli territoriali e adozione dei Piani di Zona; stabilizzazione e superamento della frammentazione degli strumenti di finanziamento (fondi); completamento dell'istituzione dei “tavoli regionali (e territoriali) della protezione e dell'inclusione sociale”; dotazione degli ATS di adeguato personale; coincidenza dell'articolazione territoriale degli ATS con le delimitazioni territoriali dei Distretti Sanitari e dei Centri per l'Impiego; partecipazione attiva di ETS e OO.SS. maggiormente rappresentative.**

Se ne sottolineano, tuttavia, i **limiti**: questi impegni non hanno valore vincolante per i diversi livelli territoriali, non hanno scadenza, e mancano strumenti di monitoraggio, controllo e verifica.

Sono presenti due soli impegni con indicazione della data di scadenza:

- le Regioni devono adottare, dove assenti, entro sei mesi dalla pubblicazione del Decreto, tutti i provvedimenti necessari al riconoscimento degli ATS quale luogo unico della gestione associata dei servizi sociali, con l'attribuzione di funzioni unitarie di programmazione in materia di politiche sociali. Scadenza: 24 dicembre 2025.
- tutti i soggetti (Stato, Regioni, Comuni/ATS e altre forme di gestione associata) realizzano, con periodicità annuale, attività di monitoraggio e valutazione delle iniziative oggetto della presente Intesa.

Le Linee Guida non sono strumento normativo di forza precettiva. Questo si giustifica in base alla distribuzione delle competenze in materia di assistenza sociale ex art. 117 Cost. La competenza normativa è regionale, e lo Stato si limita ad utilizzare strumenti non obbligatori.

Tuttavia, **queste linee guida possono fungere da strumento negoziale e di pressione per la nostra organizzazione, prima tra le OO.SS. maggiormente rappresentative che dovranno essere consultate nelle varie fasi di programmazione.** È auspicabile che tutte le

articolazioni della CGIL e delle sue categorie, a livello nazionale, regionale e territoriale, per le rispettive competenze, dialoghino con i propri interlocutori istituzionali per fare in modo che le linee guida siano effettivamente attuate su tutto il territorio nazionale quanto prima, dato il superamento della scadenza (dicembre 2025).

Le istituzioni componenti degli ATS dovranno garantire il confronto con le OO.SS. in senso ampio, e non esclusivamente nei luoghi della consultazione e della concertazione, come la Rete dell'inclusione sociale e territoriale. Il ruolo negoziale della CGIL non può essere snaturato; infatti, a differenza di altri soggetti e attori del territorio rappresentativi di interessi particolari, questa organizzazione vuole rappresentare l'interesse generale delle persone dentro e fuori dai luoghi di lavoro.

È importante attenzionare l'utilizzo, da parte delle Regioni e dei Comuni, degli istituti di c.d. di amministrazione condivisa (co-programmazione e co-progettazione) con gli enti del terzo settore, per arginare la tendenza alla deresponsabilizzazione delle Pubbliche Amministrazioni nella programmazione e nel governo del sistema integrato di servizi e interventi socio-sanitari e socio-assistenziali, nonché alla esternalizzazione dei servizi, che porta a tratti il privato sociale a una vera e propria supplenza e sostituzione del soggetto pubblico, eccedendo nell'interpretazione estensiva del principio di sussidiarietà.

Le Linee guida, positivamente, ripropongono il tema della **responsabilità pubblica della programmazione. È opportuno che gli interventi e i servizi finalizzati all'attuazione dei LEPS rimangano nella pianificazione pubblica e, per quanto possibile, di erogazione direttamente pubblica (da parte degli ATS stessi).**

Questo è il principio fondamentale a cui dobbiamo fare riferimento per la corretta rivendicazione da portare a conoscenza delle persone, a cui dovrà essere garantito l'accesso alle prestazioni su tutto il territorio nazionale. L'erogazione e la garanzia dei LEPS non può essere delegato al settore privato sociale.

Infine, all'articolo 2 del Decreto compare una clausola di invarianza finanziaria. È evidente che gli enti locali, spesso già in difficoltà in termini di risorse umane e materiali, troveranno ulteriori difficoltà nel rispettare tutti gli impegni presi.

È difficile immaginare che, senza l'investimento di risorse, sarà possibile avviare e migliorare le capacità gestionali degli ATS in modo regolare e continuativo. ATS che devono svolgere una funzione cruciale per l'integrazione sociosanitaria, indispensabile per l'attuazione della riforma della non autosufficienza e la garanzia dei LEPS per la non autosufficienza.

4. La programmazione sociale

4.1. La frammentazione della programmazione sociale in Italia

Il primo tentativo di pianificazione strategica e programmazione economica socio-assistenziale della storia repubblicana si può fare risalire al c.d. “Progetto ‘80” (1969) nell’ambito del quale, nell’obiettivo di ridefinizione delle politiche pubbliche su scala decennale, con sguardo all’Italia degli anni ‘80, furono individuate le prime politiche sociali articolate sull’unità Locale dei Servizi Sanitari e Sociali.

Dopo l’istituzione delle Regioni italiane a statuto ordinario, avvenuta con la legge delega n. 382/1975 e i DPR attuativi n. 616 e 617 del 1977, è stato operato il trasferimento di funzioni e definito il quadro istituzionale che ha delineato i ruoli e i riparti di competenze tra Stato (legislazione, programmazione nazionale, indirizzo e coordinamento), Regioni (legislazione regionale, provvedimenti di alta amministrazione, programmazione regionale) ed Enti Locali (realizzazione e gestione dei servizi). Nel corso degli anni ‘80 alcune Regioni, in assenza della legge sull’assistenza sociale, hanno emanato leggi regionali di riordino del settore dei servizi sociali e avviato la propria programmazione sociale regionale.

Solo tardivamente, con la legge n. 328/2000 e con il (primo) Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali (2001-2003) si è concretamente definita la programmazione “sociale” in Italia. La norma ha confermato tre differenti livelli di programmazione: il primo operante in sede statale, il secondo in sede regionale ed il terzo in sede locale. Tale assetto è in parte mutato a seguito della riforma del titolo V della Costituzione (l. cost. 18 ottobre 2001, n. 324) che, intervenendo sul riparto delle competenze, ha attribuito alla competenza residuale delle regioni la materia dei servizi sociali. Tale modifica ha tentato di superare la programmazione nazionale di tali servizi, lasciando allo Stato l’individuazione dei LEPS. Il quadro è poi nuovamente mutato nel 2017 (L. 33/2017 e d.lgs. n. 147/2017) con l’istituzione della Rete della protezione e dell’inclusione sociale, organismo di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali, a cui è stato affidato il compito di elaborare il Piano Sociale Nazionale.

Se l’attribuzione della materia alla competenza residuale regionale aveva privato lo Stato della competenza ad adottare il piano nazionale, il d.lgs. n. 147/2017 ha invece restituito dare rilevanza a tale strumento. A partire da quel momento si registra una pianificazione costante: (secondo) Piano Sociale Nazionale (2018-2020); (terzo) Piano Sociale Nazionale (2021-2023); (quarto) Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali (2024-2026). Di fatto, dal 2001 e sino all’adozione del piano 2018-2020, i piani sociali regionali hanno rappresentato l’unico strumento di programmazione generale degli interventi sociali.

Accanto allo strumento principale di programmazione sociale sono fioriti strumenti di programmazione settoriale, ad esempio in materia di povertà (Piani Nazionali di lotta alla Povertà: 2018-2020, 2021-2023 e 2024-2026), di disabilità (Programmi biennali nel 2013-2015 e 2017-2018, seguiti dal Piano d’Azione Nazionale per la promozione dei diritti e l’inclusione

delle persone con disabilità 2025–2028) e – per quel che interessa questo documento – di non autosufficienza.

Il punto di partenza, si è detto, è la Legge di bilancio per il 2007 (L. 296/2006) che istituì il Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA) al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti. Le dotazioni iniziali furono però modeste e discontinue, e per oltre un decennio l'Italia non dotò mai il FNA di un vero Piano nazionale. Un passo avanti arrivò solo nel 2017 con il citato d.lgs. 147/2017, il quale attribuì alla Rete della protezione e dell'inclusione sociale il compito di elaborare un Piano per la non autosufficienza (PNNA) quale strumento programmatico triennale per l'utilizzo delle risorse del FNA. Il Primo PNNA risale al 2019. La seguente Tabella ricostruisce i PNNA adottati:

Piano Non Autosufficienza	Fonte	Triennio	Risorse del FNA
Nessun piano (riparti annuali)	Decreti ministeriali	-	Variabili (100–573 mln/anno)
1° PNNA	DPCM 21.11.2019	2019–2021	~573 mln/anno
2° PNNA	DPCM 03.10.2022	2022–2024	822–913 mln/anno
3° PNNA	DPCM 20.04.2026	2025–2027	~982 mln–1,1

L'ultima vicenda relativa alla programmazione sociale in materia di non autosufficienza va ricercata nella riforma attuativa del PNRR (L. 33/2023 e d.lgs. 29/2024) che ha istituito il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) a cui vengono assegnati compiti di coordinamento, programmazione e monitoraggio nel nuovo Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente attraverso l'adozione di due strumenti di programmazione triennale. I nuovi Piani in questione sono (1) il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana e (2) il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana. Quest'ultimo Piano sostituirà – solo parzialmente – il PNNA, al quale i due nuovi Piani di competenza del CIPA vanno dunque ad aggiungersi.

Questo avviene in coerenza con i nuovi campi di applicazione previsti dal d.lgs. 29/2024 che hanno limitato i LEPS per la non autosufficienza alle persone over70, ai quali sarà destinato dunque il nuovo “Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana” di responsabilità del CIPA.

Si noti, infine, l'assenza di qualunque integrazione tra questi strumenti di programmazione – sociale – di servizi e interventi per la non autosufficienza e altri strumenti di programmazione – sanitaria – quali il Piano Sanitario Nazionale (l'ultimo risale al triennio 2006-2008), il Piano Nazionale della Prevenzione e il Piano Nazionale Cronicità.

4.2. L'attuale programmazione dedicata alle persone anziane e/o non autosufficienti

La popolazione anziana italiana sarà dunque destinataria di almeno tre piani triennali, elaborati da due diversi soggetti interistituzionali, che rischiano di avere finalità e/o platee parzialmente sovrapponibili.

Atto di programmazione	Platea dei beneficiari	Ente responsabile	Fonte	Fondo di afferenza	Ultimo Piano
Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA)	Persone fino ai 70 anni con disabilità non autosufficienti	Rete	D.lgs. n. 147/2017, art. 21	FNA	2025-2027
Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana	Persone over65	CIPA	L. 33/2023, art. 2, co. 3, lett. a)	FNA	Non adottato
Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana	Persone over70 non autosufficienti	CIPA	L. 33/2023, art. 2, co. 3, lett. a)	FNA	Non adottato

Il PNNA 25-27, arrivato con più di un anno di ritardo rispetto alla scadenza del precedente, si pone **in linea di continuità** con quanto previsto nell'ambito del PNNA 2022-2024, (che, a differenza del PNNA 25-27, si rivolgeva alle persone anziane non autosufficienti con basso e alto bisogno assistenziale e alle persone con disabilità gravi e gravissime) con l'ambizione di garantire la prosecuzione degli interventi assistenziali e l'erogazione dei servizi in favore delle persone non autosufficienti.

Nelle more dell'adozione dei due Piani del CIPA, il PNNA 25-27 risulta l'unico strumento di programmazione mediante il quale sono individuati gli interventi e le prestazioni a favore delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza.

4.2.1 Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2025-2027

Il PNNA 25-27, adottato con DPCM del 20 aprile 2026 (*GU n.134 del 12-6-2026*), si colloca in un contesto rinnovato sotto il profilo normativo²⁹ e introduce elementi di novità che vengono illustrati in seguito.

Platea dei destinatari

Il PNNA 25–27 è dedicato alle **persone con disabilità non autosufficienti fino ai 70 anni**, cioè:

- persone con disabilità non autosufficienti – in possesso dei requisiti di cui al DM Lavoro e Politiche Sociali 26/09/2016 (gravissimi), e/o già definiti gravi dal Piano NA 2022-2024 (DPCM 03/10/2022) come formulato dalla singola regione;
- persone con non autosufficienza, con forte limitazione della partecipazione alla vita quotidiana senza assistenza continua, titolari di certificazione ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 104/1992 e i titolari dell'indennità di accompagnamento;
- persone non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM 159/2013;
- in via eccezionale e per sola continuità dei progetti già avviati, persone con disabilità per le quali siano subentrate patologie connesse all'invecchiamento.

Considerando che il nuovo sistema di riconoscimento della condizione di disabilità e non autosufficienza (“Valutazione di base”) previsto dalla riforma della disabilità (D.lgs. 62/2024) si avvia dal 1° gennaio 2027, al termine della sperimentazione in corso in 60 province italiane, e alla luce di alcuni elementi contraddittori in alcune parti del PNNA 25-27, non pare chiara e univoca la definizione dei soggetti effettivamente beneficiari, e risulta dunque necessario un monitoraggio, istituzionale e delle parti sociali, per evitare esclusioni – operate a livello interpretativo – a danno di alcune categorie di persone. A tal proposito, si ricorda la valutazione negativa sull'andamento della sperimentazione, viste le criticità che la nostra Organizzazione denuncia da diversi mesi, a partire dal calo impressionante delle domande.

Nella selezione dei beneficiari, viene riconosciuta priorità alle persone in condizione di maggiore bisogno assistenziale, accertato con valutazione multidimensionale, che tenga conto di limitazioni dell'autonomia, condizioni familiari, abitative, ambientali ed economiche.

La struttura della governance istituzionale

Il sistema di governance istituzionale in materia di politiche per la non autosufficienza si fonda su un'articolazione multilivello che coinvolge una pluralità di attori istituzionali con diverse competenze. Rispetto a ciò, il PNNA 25-27 si pone in continuità con il precedente, rispetto a cui vanno evidenziati alcuni elementi di novità:

²⁹ Dall'ultimo PNNA, in effetti, sono intervenute due riforme strutturali in materia di disabilità (legge delega 22 dicembre 2021, n. 227 attuata dal d.lgs. 3 maggio 2024, n. 62) e in materia di non autosufficienza (legge delega 23 marzo 2023, n. 33 attuata dal d.lgs. n. 29 del 15 marzo 2024)

- Estensione del ruolo dell'**INPS**;
- Rafforzamento dei profili organizzativi dei **PUA** quale “porta d'ingresso” al sistema integrato di servizi sociali e sanitari (costituzione delle équipes di valutazione multidimensionale, l’assunzione e la formazione del personale sociale, amministrativo e sociosanitario). Qui, tuttavia, si sconta il ritardo nell’attuazione del DM 77/2022 nonché i blocchi all’assunzione di personale dedicato ai PUA negli ATS;
- Centralità dell'**ATS** quale livello territoriale che realizzazione dell'offerta integrata degli obiettivi di servizio e dei LEPS³⁰. Gli ATS devono operare – con gli specifici Accordi previsti dalla normativa e dal precedente PNNA - insieme ai Distretti Sanitari (e alle ASL) e garantiscono l’accesso ai PUA, assicurando la presa in carico sociale della persona. L’ATS costituisce la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento degli obiettivi di servizio, in linea con le programmazioni regionali. A questo proposito, si ricorda che il **Decreto interministeriale del 24 giugno 2025** ha approvato le **Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli ATS per l’attuazione dei LEPS**, predisposte in attuazione dell’articolo 1, comma 161, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Legge di Bilancio per il 2022). Le **osservazioni** della nostra organizzazione a dette linee guida sono reperibili online.

Centralità della persona e accesso alle prestazioni

Nel PNNA 25–27 sono illustrati il progetto di vita, il progetto personalizzato e il progetto assistenziale integrato (PAI) quali strumenti volti ad individuare gli interventi e le prestazioni a favore delle persone non autosufficienti. Questi sono gli strumenti necessari per individuare gli interventi e le prestazioni a favore delle persone non autosufficienti tra i 18 e i 69 anni, e costituiscono il risultato della valutazione multidimensionale.

Detta valutazione tiene anche conto della condizione economica del richiedente, determinata sulla base all’ISEE. Per gli interventi rivolti a persone con gravissima disabilità (cioè, con necessità di sostegno elevato o molto elevato ai sensi del decreto legislativo 62 del 2024) le soglie di accesso non possono essere inferiori a 50.000 euro, incrementate a 65.000 euro per i richiedenti minorenni, applicando l’ISEE per le prestazioni agevolate di natura sociosanitaria.

Si osserva dunque l’introduzione di soglie ISEE più alte rispetto al passato per l’accesso ai servizi nelle situazioni di maggiore gravità.

LEPS e obiettivi di servizio

Al fine di sostenere l’individuazione e la progressiva e graduale attuazione dei LEPS a favore delle persone con disabilità non autosufficienti, in continuità con quanto previsto nel precedente Piano, gli obiettivi di servizio sono realizzati innanzitutto nell’ambito delle seguenti aree (articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c) della legge 30 dicembre 2021, n. 234):

³⁰ <https://www.lavoro.gov.it/notizie/pagine/linee-guida-per-la-definizione-dei-modelli-organizzativi-omogenei-degli-ambiti-Territoriali-Sociali-per-l-attuazione-dei-LEPS>

- Servizi di assistenza domiciliare sociale;
- Servizi di assistenza sociale integrata con i servizi sanitari;
- Servizi sociali di sollievo per gli utenti e le loro famiglie;
- Servizi sociali di supporto per gli utenti e le loro famiglie;
- Contributi economici per il sostegno della domiciliarità e della maggior autonomia delle persone con disabilità non autosufficienti e per il supporto ai familiari caregiver.

È positivo che l'approccio descritto sia finalizzato a sostenere progressivamente la costruzione di un sistema di servizi integrato (sociali e sanitari) non più basato sulla mera erogazione monetaria a favore delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie, come lo stesso PNNA afferma.

Il PNNA rinvia alla **programmazione regionale** l'individuazione della **quota percentuale di risorse da destinare alla realizzazione dei servizi per l'anno 2025**, assumendo come riferimento quanto programmato per il 2024 in coerenza con l'impostazione dell'anno in corso. Per gli anni successivi, invece, è richiesta un'**implementazione standard in misura percentuale (10% per il 2026 e 20% per il 2027)** rispetto alla base di partenza della annualità 2024 così come dichiarata nella programmazione regionale 2025.

Nel PNNA si afferma infatti che ciascuna regione, tenendo conto delle specificità e dei bisogni del proprio territorio, potrà meglio distribuire le risorse. Gli autori del PNNA sembrano in questo caso trincerarsi dietro "tempi tecnici necessari per l'approvazione del Piano" (che è arrivato con grande ritardo!) e la tutela dell'autonomia regionale (quando conviene, perché no?) per evitare l'onere di dover tradurre le allocazioni in quantificazione dei servizi minimi da erogare.

Come ha rimarcato la Commissione Tecnica per i Fabbisogni Standard, permane la **criticità relativa al fatto che l'assetto delle prestazioni finanziate non è supportato da una definizione quantitativa dei LEPS** e che i criteri di riparto, pur affinati sotto il profilo descrittivo, non sono ancora riconducibili ai fabbisogni standard. In assenza di LEPS quantitativamente definiti e dei corrispondenti fabbisogni standard, l'allocazione delle risorse del Fondo continua a essere fondata su criteri distributivi, senza un esplicito collegamento tra prestazioni, bacino di utenza e costo standard di riferimento. Ciò non assicura lo sviluppo di un assetto di servizi realmente uniforme sul territorio nazionale.

Lavoro

I riferimenti al personale e alle condizioni di lavoro sono presenti ma limitati nel PNNA. I punti principali:

A) Personale dei PUA

Al fine di garantire il funzionamento dei PUA, è necessario che questi siano dotati di adeguato contingente di personale sociale. Presso i PUA devono operare équipe interprofessionali

costituite da operatori afferenti agli ATS e da operatori sanitari delle ASL. Presso ciascun PUA deve dunque essere garantita una dotazione stabile e appropriata per:



Ogni ATS avrà la possibilità di disporre della quota parte assegnatagli dalla Regione di appartenenza, nell'ambito dei 50 milioni di euro annui messi a disposizione dal PNNA per le assunzioni, da utilizzare per sostenere la spesa per personale con professionalità sociale da assumere con contratto a tempo indeterminato.

Il PNNA ricorda tuttavia che la precedente esperienza di riparto dalla somma riservata al Fondo, prevista dalla legge di bilancio per il 2022, ha presentato alcune **criticità dovute in parte ai limiti assunzioni previsti dalla normativa vigente** (per i quali – viene sottolineato – è stato più volte proposto un intervento normativo al fine dell'adozione di un'apposita deroga, finora senza fortuna). **Il PNNA auspica nel breve periodo l'introduzione di una norma volta a derogare ai limiti assunzionali degli ATS** e, nelle more, annuncia l'organizzazione di webinar da parte del Ministero per supportare gli ATS nell'individuare soluzioni compatibili con la normativa vigente. Il superamento dei limiti assunzionali comunque pare indispensabile al fine di rendere concreto l'incremento di personale nei PUA.

B) Lavoratori/lavoratrici domestiche e assistenti familiari per persone anziane non autosufficienti

I contributi economici erogabili con le risorse FNA possono essere destinati, tra le altre cose, alla **remunerazione del costo del lavoro di cura e assistenza** di lavoratori/lavoratrici domestiche, a condizione che siano assunti con **rapporto di lavoro subordinato** con CCNL di settore (individuati ex art. 51 d.lgs. 81/2015).

C) Formazione

Il Piano fa un generico riferimento percorsi di formazione continua e qualificata per il personale con competenze e professionalità sociale. Si afferma che i servizi previsti dal PNNA, data la tipologia di utenza a cui sono destinati, devono infatti essere contraddistinti da un elevato livello di qualità. Viene richiamata la possibilità delle regioni di attivare, **previa intesa con le organizzazioni sottoscrittrici di CCNL**, percorsi di **formazione professionale** finalizzati anche alla **regolazione del mercato del lavoro** (art. 1, comma 165, L. 234/2021).

In particolare, le Regioni possono favorire corsi per la qualifica di assistente familiare in forza delle nuove **Linee guida nazionali per la definizione degli standard formativi degli assistenti familiari**, adottate con [Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali](#), di concerto con il Ministro dell'Istruzione e del Merito e il Ministro dell'Università e della Ricerca, il 19 settembre 2025. Le [osservazioni](#) della nostra organizzazione a dette linee guida sono reperibili online.

D) Assistenti personali per persone con disabilità

Il PNNA riconosce un ruolo centrale alla figura dell'assistente personale nei Progetti di Vita Indipendente, enfatizzando il principio della libera scelta, e rinviando alle Linee Guida sulla vita indipendente e l'inclusione nella società delle persone con disabilità (decreto direttoriale n. 669 del 28 dicembre 2018). Il contributo economico per l'assistente personale va considerato come voce di spesa autonoma e specifica e parte integrante della progettazione di autonomia. Anche qui si fa riferimento al CCNL del lavoro domestico.

4.2.2. Fondo nazionale per le non autosufficienze 2025-2027

Con riguardo ai profili finanziari, agli oneri derivanti dall'attuazione degli interventi previsti nell'ambito del Piano si fa fronte mediante le risorse del *Fondo per le non autosufficienze (FNA)*. Le risorse complessivamente afferenti al FNA nel triennio 2025-2027, che raggiungono **quasi i 3 miliardi di euro totali**, sono così ripartiti per annualità:

Anno	Totale FNA
2025	982.255.000,00
2026	934.570.000,00 (+ 9.007.893 € di compensazione ³¹)
2027	1.108.470.000,00

Al netto del non significativo aumento delle risorse destinate al FNA tra l'ultimo e l'attuale PNNA, nonostante l'evoluzione nettamente crescente dei bisogni e della platea di potenziali destinatari che supera i 4 milioni di persone, va notato che d'ora in avanti le risorse del FNA sono destinate contemporaneamente al finanziamento sia del presente PNNA 25-27 sia del futuro *Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana over 70* (di cui si attende il testo, nelle more del quale le regioni continuano ad assicurare le prestazioni del ciclo 2022-2024). La tenuta del coordinamento tra i due strumenti, comunque, sarà uno dei nodi operativi più delicati del nuovo assetto, così come la ripartizione delle risorse tra le misure previste tra i due Piani.

³¹ L'introduzione dei nuovi criteri ha comportato per alcune regioni una riduzione delle risorse rispetto al 2024: per garantire la continuità assistenziale si è prevista una clausola di compensazione, con 15,7 milioni aggiuntivi nel 2025 e 9 milioni nel 2026 per le regioni penalizzate dalla variazione.

La tabella seguente riporta la ripartizione del finanziamento complessivo, che tuttavia è ulteriormente ripartito a livello regionale. Il riparto delle risorse tra regioni è allegato al DPCM del 20 aprile 2026 che ha adottato il Piano.

Quota	Fondo (mln euro)	Destinatari	Criteri di riparto
Quota indistinta	2025: 605.115.000 2026: 619.930.000 2027: 793.830.000	per tutte le età	- 80% attribuito in base alla popolazione over 75; - 10% attribuito in base al numero dei beneficiari di indennità di accompagnamento; - 10% attribuito in funzione del numero dei titolari di certificazione ex L. 104/1992, art. 3, co. 3.
Quota di compensazione alle Regioni	2025: 15.686.593 2026: 9.007.893	per tutte le età	Differenza con il riparto del Piano precedente per modifica criteri
Quota LEPS	250.000.000	per persone anziane over 70 (anche) non autosufficienti	- 70% in base alla popolazione over 70; - 30% in base al numero dei beneficiari di indennità di accompagnamento over 70
Quota Progetti di vita indipendente	14.640.000	per persone under 65 (salvo casi di continuità)	Popolazione residente nella fascia d'età 18-64 anni al 1.1.2025
Assunzioni personale PUA	50.000.000	per tutte le età	Quota parte attuazione LEPS over 70
Quota residua	2025: 46.813.407	Per LEPS anziani	- 70% in base alla popolazione over 70; - 30% in base al numero dei beneficiari di indennità di accompagnamento over 70

Entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Piano, le regioni devono provvedere ad inserire la **programmazione regionale** triennale, finalizzandola su SIOSS. Tale programmazione deve rispettare le finalità individuate al capitolo 6, par. § 6.1.2, e dovrà essere validata dall'apposita Commissione, se in linea con i contenuti dello stesso, entro 30 giorni dalla finalizzazione su SIOSS. La programmazione dovrà essere accompagnata da un sistema di monitoraggio e **rendicontazione**, tramite l'apposita piattaforma del Sistema Informativo dell'Offerta e dei Servizi Sociali (SIOSS). Gli **Allegati del PNAA (B, C, D, E)** descrivono gli **adempimenti delle regioni** per la programmazione, il monitoraggio degli interventi e dell'utilizzo delle risorse, precisando i beneficiari.

Le regioni devono procedere al **trasferimento delle risorse ai rispettivi ATS**, secondo quanto previsto nella programmazione regionale, entro 60 giorni dall'effettivo trasferimento da parte del Ministero. **L'erogazione delle risorse per ciascuna annualità è condizionata alla rendicontazione validata** dalla regione sugli utilizzi delle risorse ripartite nel secondo anno precedente, secondo le modalità di cui all'Allegato D.

L'articolo 3 del decreto a cui è allegato il PNNA conferma il meccanismo di condizionalità finanziaria: **l'erogazione di ciascuna annualità è subordinata alla rendicontazione sul SIOSS dell'effettivo utilizzo di almeno il 75% delle risorse** del secondo anno precedente, con l'obbligo aggiuntivo di rendicontare il 100% delle risorse delle annualità pregresse.

Il PNNA segnala però, come si è già detto, una criticità operativa: **molti ATS non possono assumere personale a causa dei vincoli assunzionali vigenti per gli enti locali**. Le risorse non spendibili per questa ragione rischiano di abbassare la percentuale di rendicontazione e bloccare il trasferimento dell'annualità successiva. La **soluzione** adottata dal PNNA prevede la **restituzione di quelle risorse al Fondo per la riassegnazione alle Regioni**, per evitare che le risorse non spese rappresentino un montante in grado di impedire la completa rendicontazione delle risorse ai fini dell'erogazione dell'annualità successiva.

4.3. Fuori programma: chi paga le rette delle RSA per le persone anziane non autosufficienti affette da morbo di Alzheimer o demenza grave?

A questo punto, vale la pena menzionare le recenti evoluzioni giurisprudenziali occasionate da alcuni ricorsi presentati dalle famiglie di persone non autosufficienti affette da Alzheimer grave ricoverati presso Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), gravati dall'onere di pagare le rette per i ricoveri e i soggiorni in struttura. Negli ultimi anni, nella giurisprudenza in materia si è consolidato il **principio della "inscindibilità delle prestazioni", cioè delle componenti sanitaria e socio-assistenziale delle prestazioni rivolte alle persone in condizione di grave non autosufficienza**. Secondo i giudici, **quando le prestazioni hanno un'alta componente sanitaria, queste rientrano nei LEA e devono dunque essere finanziate dal SSN e garantite gratuitamente all'utenza**.

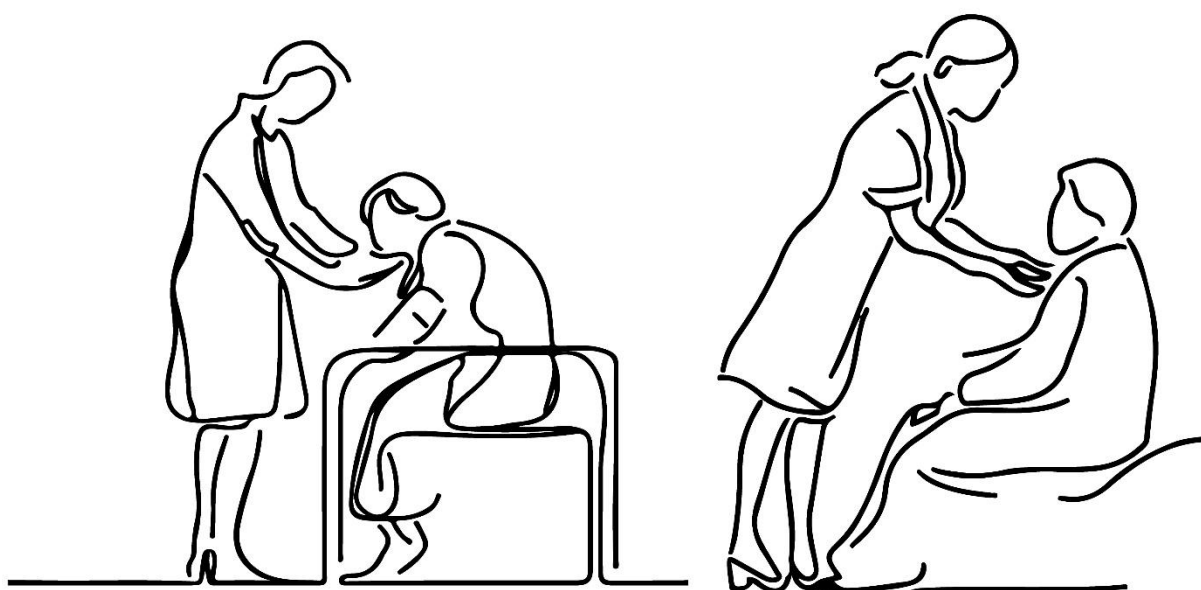
Il riferimento è quello all'ordinanza della Cass. civ., Sez. III del 17/10/2024, n. 26943, dove la Suprema Corte ha affermato che, «[c]on specifico riferimento ai soggetti gravemente affetti da morbo di Alzheimer (...) nel caso in cui le prestazioni di natura sanitaria non possano essere eseguite "se non congiuntamente" alla attività di natura socio assistenziale, cosicché non sia possibile discernere il rispettivo onere economico, prevale, in ogni caso, "la natura sanitaria del servizio, in quanto le altre prestazioni -di natura diversa- debbono ritenersi avvinte alle prime da un nesso di strumentalità necessaria, essendo dirette alla "complessiva prestazione" che deve essere erogata a titolo gratuito, dimostrata la natura inscindibile ed integrata della prestazione: in tal caso, infatti, **l'intervento sanitario- socio assistenziale rimane interamente assorbito nelle prestazioni erogate dal Sistema sanitario pubblico, in quanto**

la struttura convenzionata/accreditata garantisce all'assistito, attraverso il servizio integrato, il programma terapeutico, secondo un piano di cura personalizzato».

Il principio è stato successivamente confermato dalle Corti d'Appello di Milano (n. 1644/2025) e di Roma (n. 5696/2025). La Corte d'Appello di Milano, in particolare, ha affermato che **l'impegno contrattuale al pagamento delle rette, accettato e sottoscritto dai familiari all'ingresso del paziente in struttura, è da considerarsi nullo se viola le regole che pongono tali cure a carico dello Stato.**

La più recente sentenza n. 7943/2026, depositata il 20 maggio 2026 dal Tribunale di Roma, aggiunge un elemento: la condanna diretta della **Regione** (in questo caso, il Lazio). La sentenza riposiziona il perimetro della responsabilità nel sistema sociosanitario superando l'impostazione che individuava nelle sole **ASL** e **RSA** i soggetti responsabili, annoverandovi anche l'ente di governo del Sistema Sanitario Regionale nella sua funzione di programmazione, coordinamento e finanziamento.

Come si può notare, il quadro giurisprudenziale si sta rapidamente orientando in senso favorevole agli utenti delle RSA e alle famiglie. Il percorso è stato segnato da tappe progressive: dalla Cassazione che nel 2024 ha fissato il principio di inscindibilità delle prestazioni a carico del SSN, alle Corti d'Appello del 2025 che ne hanno applicato le conseguenze sancendo la nullità dei contratti, sino al giudice di merito che nel 2026 ha sancito il coinvolgimento diretto della Regione. L'evoluzione di questo contenzioso pare offrire spazi di vertenzialità che la nostra organizzazione potrebbe cogliere, oltre che per difendere e rivendicare i diritti delle persone, anche per portare alla luce le distorsioni del sistema delle rette delle strutture e la natura spesso "fittizia" della separazione tra il settore sanitario e quello sociale, strumentalizzata con finalità di abbassamento delle tutele degli utenti.



5. Conclusioni. La programmazione, la protezione e la coesione sociale in Italia.

Per un sindacato che governa la transizione sociale a partire dai territori

A partire dall'analisi dell'invecchiamento della popolazione in Italia, delle strutture e delle storture del sistema di welfare, e in particolar modo per quello volto alle persone anziane non autosufficienti, delle (mancate) riforme degli ultimi anni e della presenza di un sistema di finanziamento e programmazione frammentato e disomogeneo rispetto al rischio sociale "non autosufficienza", si desidera ora allargare lo sguardo al tema della sicurezza sociale nel suo insieme – inteso come insieme di strumenti finalizzati a prendere in carico le varie condizioni di vulnerabilità e bisogno che l'individuo può incontrare, nelle diverse fasi della vita, in veste di utente, paziente, familiare o caregiver.

5.1. La postura confederale

Protezione sociale come infrastruttura della coesione nel tempo

La protezione sociale e le politiche sociali ad essa dedicate non sono da considerarsi un "costo", bensì un investimento finalizzato a garantire un'infrastrutturazione fondamentale allo sviluppo sociale nel territorio. Dove c'è stata storicamente programmazione sociale, attraverso il dialogo tra politica, amministrazione e sindacato confederale, esistono ad oggi reti sociali solide, infrastrutturazione delle politiche sociali, realtà economiche sviluppate, e dunque livelli più alti di coesione sociale – come dimostra l'esperienza di alcune regioni italiane.

Il concetto chiave deve essere quello di "**programmazione partecipata**". Programmare significa scegliere un modello di società, definire priorità politiche locali, avere una visione progettuale di medio-lungo termine. La programmazione sociale deve essere orientata alla costruzione di una rete di protezione e sicurezza sociale capace di **anticipare, raccogliere, interpretare e prendere in carico i bisogni, prevenire le emergenze**, con servizi e investimenti orientati alla cura del presente e del futuro dei territori e delle persone che vi abitano, crescono, lavorano, partecipano, invecchiano. L'infrastrutturazione sociale è strumentale a rafforzare e garantire lo sviluppo economico e culturale, la coesione sociale nel territorio, secondo un'idea emancipatoria-inclusiva e non assistenzialistica o corporativa della cittadinanza.

L'esercizio della programmazione partecipata è strettamente intrecciato al fattore "tempo". Il tempo da attendere per produrre dei risultati stabili e sostanziali è l'elemento di differenziazione che oggi si può osservare tra territori e tra regioni italiane. L'investimento della politica nel fattore tempo è chiave per la formazione di amministratori locali che si mettano al servizio della visione politico-valoriale e della programmazione di lungo termine, in dialogo con

il sindacato confederale; sindacato confederale che per storia, competenza, convinzione, radicamento, capillarità, capacità organizzativa e mobilitante, deve diventare o tornare ad essere l'interlocutore di riferimento nell'esercizio della programmazione partecipata di tutte le politiche territoriali.

Il nodo politico: la programmazione sociale oltre la compatibilità economica

Nel nostro Paese – e sempre più spesso anche nei territori amministrati dal centrosinistra – le politiche pubbliche sono state ridotte a esercizio di compatibilità economica. Sindaci e amministratori locali agiscono i propri ruoli come meri esecutori contabili, costretti a operare in una condizione di emergenza permanente, dal susseguirsi di leggi di bilancio orientate al taglio della spesa per i servizi pubblici locali, e sguarniti di una visione di medio-lungo periodo ispirata da un orizzonte valoriale.

In questo contesto, l'interlocuzione tra politica e sindacato presenta difficoltà, in quanto gli amministratori locali paiono spesso incapaci o resistenti a riconoscere il ruolo del sindacato confederale attraverso il confronto e la contrattazione in ottica di programmazione sociale e territoriale. Eppure, il sindacato confederale, votato alla rappresentanza dell'interesse generale delle persone dentro e fuori dai luoghi di lavoro, dovrebbe incarnare l'interlocutore privilegiato dei decisori politici a tutti i livelli di governo, in quanto soggetto terzo capace di operare una lettura composita e compressiva dei rischi e dei bisogni sui territori.

Questa deriva non è neutra, poiché ha progressivamente fragilizzato il sistema di protezione sociale a livello territoriale e precluso la nascita di alleanze e convergenze tra diversi soggetti per modificare misure di austerità previsti nelle leggi di bilancio. Anche laddove vengono firmati, accordi e protocolli restano spesso dichiarazioni d'intenti, perché continua a mancare una cornice programmatica capace di trasformarli in politiche strutturali.

Una battaglia culturale dentro e fuori la CGIL

Purtroppo, a oggi, la logica pare invertita a causa di una trasformazione normativa e culturale che passa attraverso le riforme elettorali, la riforma del titolo V della Costituzione, la crisi dei partiti di massa e la fine del loro finanziamento pubblico: la democrazia rappresentativa e i corpi intermedi sono stati depotenziati tramite meccanismi di disintermediazione sociale, a favore della logica di un ipotetico presidenzialismo e della democrazia diretta. Il rapporto diretto tra leader ed elettorato richiede allora di rincorrere l'urgenza per garantire rapido soddisfacimento dei bisogni immediati e gratificazioni istantanee, al fine di alimentare un eterno ciclo di consenso privo di risposte concrete. Questa logica mette a dura prova i tentativi di programmazione e anticipazione dei rischi sociali lavorando su politiche di prevenzione in ogni campo (sanitario, sociale, ambientale, etc.).

La crisi della programmazione sociale non lascia immune il sindacato confederale: la tendenza al passaggio dai valori ai tecnicismi, allo specialismo e alla settorializzazione delle competenze, con particolare riferimento alle materie afferenti al welfare e alle politiche

sociali, ha indebolito la visione confederale gerarchizzando le priorità e favorendo logiche corporative-escludenti.

La salute, l'assistenza, l'integrazione socio-sanitaria, la non autosufficienza, la casa, il trasporto pubblico, il rapporto pubblico-privato, la povertà, la marginalità e tutte le politiche sociali e di welfare non sono né materie per specialisti né appannaggio di alcune categorie, ma terreno centrale dell'azione sindacale, secondo una logica universalistica, emancipatoria, di presa in carico finalizzata alla liberazione dai bisogni e alla traduzione in diritti soggettivi di tutte le persone - fuori e dentro i luoghi di lavoro. Questo patrimonio va riconquistato prima di tutto dentro l'organizzazione e nel rapporto con la politica.

La CGIL deve rivendicare con coerenza **un sistema di welfare pubblico, universalistico e finanziato dalla fiscalità generale. L'architettura delle politiche fiscali deve essere ristrutturata al servizio di questo obiettivo.** Ogni arretramento su questo terreno e ogni percorso alternativo alimenta le disuguaglianze sociali nel Paese, fragilizza la coesione sociale e apre spazio alle destre anche nei luoghi di lavoro.

Territorio, democrazia, rappresentanza

La disintermediazione sociale, la marginalizzazione dei corpi intermedi e la delegittimazione del sindacato hanno impoverito la democrazia rappresentativa e la partecipazione politica. In questo contesto, **il sindacato confederale deve essere soggetto che costruisce e agisce relazione e partecipazione, promuove conflitto, vertenzialità, oltre che nei luoghi di lavoro, nelle comunità e nei territori dove abitano e vivono le persone.**

La **contrattazione sociale territoriale** non è uno strumento tecnico, ma un atto politico: serve a ricomporre i bisogni, a costruire rivendicazioni e piattaforme sindacali, a contendere alle logiche emergenziali del governo del territorio, a orientare le scelte delle amministrazioni, e a governare i fenomeni e i cambiamenti sociali in modo partecipato.

5.2. La cassetta degli attrezzi

Questa sezione vuole offrire un (possibile) strumento "confederale" di intervento rispetto alle tematiche menzionate, che supporti l'azione dei livelli territoriali al fine dell'elaborazione di piattaforme sindacali e strategie negoziali per influenzare la programmazione delle amministrazioni, al fine di rafforzare l'infrastrutturazione e l'universalizzazione delle politiche sociali. Il rapporto pubblico-privato e le dinamiche tra amministrazione, mercato ed Enti del Terzo Settore giocano in materia un ruolo fondamentale.

Le tematiche che rilevano sono numerose, tra cui meritano menzione: l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), l'assistenza territoriale (DM 77), l'integrazione sociosanitaria, l'assistenza sociale, le misure di contrasto alla povertà e alle marginalità, la tutela delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie e caregiver, etc. Il metodo di intervento prevede cinque step, di cui si dirà in seguito, che vanno adattati a seconda del contesto territoriale e delle specifiche esigenze: **1) raccolta dati; 2) analisi; 3) pianificazione e programmazione; 4) attuazione ed erogazione; 5) monitoraggio e verifica.**

1) Raccolta dati - Conoscere il territorio

Ogni azione sindacale efficace parte dalla conoscenza. Al fine di elaborare analisi e proposte ben radicate si deve conoscere la composizione di rischi sociali e bisogni della comunità di riferimento. Strumenti come il “**profilo di comunità**” vanno utilizzati per identificare le condizioni del tessuto demografico, sociale, produttivo, urbanistico, ambientale, condizioni di vita e lavoro, mappatura dei servizi e delle infrastrutture sociali etc. nel territorio di riferimento. Non si tratta di una semplice raccolta di dati, bensì di un’analisi integrata che consente una profilazione complessa, al fine di individuare chiaramente potenzialità, rischi, bisogni e specificità del territorio.

A questo fine, è necessario **nutrire la relazione con il territorio**. Strumenti fondamentali a raggiungere lo scopo sono: assemblee territoriali diffuse; confronto con la società civile (partiti, associazioni, comitati di quartiere, collettivi, movimenti, etc.); assemblee nei luoghi di lavoro; confronto con e tra tutte le categorie e i loro delegati; attivazione di tutti i soggetti presenti e coinvolti. Riportare la relazione sindacale nella comunità è decisivo per ricomporre frammentazione e solitudine.

2) Analisi - Lettura sindacale dei bisogni: dalla conoscenza alla scelta politica

La somma di tutte queste attività permette di aggregare energie, bisogni, domande e rivendicazioni, che vanno consolidati e sintetizzati nella forma di **piattaforme sindacali**. Una volta costruito il profilo di comunità, infatti, è necessario operare una lettura, un’analisi e una sintesi sindacale delle questioni intercettate. Il sindacato deve domandarsi come garantire una prospettiva di sviluppo inclusivo e di coesione sociale e territoriale con sguardo al futuro. La risposta, vale a dire l’elaborazione della visione a lungo termine di un modello di sviluppo che miri alla rimozione delle diseguaglianze e al soddisfacimento dei bisogni, deve ispirare e strutturare la piattaforma rivendicativa, che articoli tutti i temi sociali di cui sopra alla luce delle specificità territoriali.

Se i bisogni vanno trasformati in rivendicazioni, definendo piattaforme con temi e obiettivi definiti, e rivolti a precisi interlocutori, le piattaforme vanno discusse in un **processo di partecipazione e coinvolgimento delle persone, delle comunità**, così come delle strutture e della rappresentanza della CGIL, dando pienamente seguito agli impegni assunti con **l’Assemblea organizzativa del 2022 (Scheda n. 11)** con l’attivazione delle pratiche democratiche a garanzia della reale partecipazione e del protagonismo delle strutture in tutte le fasi del processo negoziale e fino alla validazione delle intese, per rendere più incisiva ed efficace l’azione rivendicativa e negoziale e più consapevoli e coinvolti lavoratori e lavoratrici, pensionate e pensionati, persone e comunità.

3) Pianificazione - Incidere sulla programmazione delle politiche sociali

Il sindacato deve presentare le piattaforme rivendicative così elaborate, che sintetizzino potenzialità, debolezze e proposte legate al territorio di riferimento, alle istituzioni. Il sindacato è titolato a ricoprire questo ruolo in quanto soggetto terzo, portatore e rappresentante

dell'interesse generale delle persone. Il **dialogo con la politica e l'amministrazione**, da praticare pubblicamente e nei tavoli di confronto a ciò deputati, permette al sindacato di **contribuire e orientare la pianificazione e la programmazione sociale e gli investimenti dedicati**.

4) Attuazione – Vigilare sull'infrastrutturazione e l'erogazione dei servizi pubblici

Dopo la fase di programmazione, interviene la fase di attuazione e manutenzione delle infrastrutture sociali dedicate all'erogazione dei servizi e trattamenti finalizzati a garantire il soddisfacimento dei diritti sociali alle persone nel territorio di riferimento. **La responsabilità per l'infrastrutturazione e l'erogazione dei servizi e dei trattamenti in questione è pubblica.**

Dal punto di vista pratico, l'effettiva gestione di servizi e trattamenti può rimanere **interna** alla PA o essere **esternalizzata**, dunque affidata a **soggetti presenti sul mercato for profit o a enti del terzo settore** presenti sul territorio. Questo deve avvenire nel rispetto delle regole e delle procedure previste dal codice degli appalti pubblici e/o dal codice del terzo settore, su cui il sindacato deve vigilare. Il soggetto pubblico si colloca dunque in posizione superiore e regolativa rispetto al soggetto erogatore del servizio esternalizzato, di cui mantiene la responsabilità.

Quando si parla di infrastrutturazione sociale, si fa riferimento alle **porte di accesso delle politiche sociali**, vale a dire ai **luoghi fisici dove si esercitano i diritti sociali** per la soddisfazione e la liberazione dal bisogno. Se per l'accesso alle politiche sanitarie garantite universalmente dal Servizio Sanitario Nazionale, cioè per l'erogazione dei LEA, le porte di accesso sono il Medico di Medicina Generale, il Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) e il Servizio di Pronto Soccorso, **le porte di accesso universale alle politiche sociali devono diventare l'ATS (Ambito Territoriale Sociale) e il PUA (Punto Unico di Accesso) collocato presso le Casa della Comunità¹.**

Questi costituiscono le unità organizzative fondamentali per l'attuazione e l'erogazione dei LEPS, e devono diventare i luoghi fisici a ciò deputati nella pratica e nella cultura collettiva.

In questo contesto, strumenti come il PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) devono individuare tutte le misure, le risorse materiali ed umane per garantire la presa in carico sociosanitaria e/o assistenziale della persona e garantire la corretta erogazione dei servizi e dei trattamenti rispetto ai bisogni (povertà, non autosufficienza, marginalità, assistenza sociale, e tutte le altre prestazioni che rientrano nei c.d. LEPS di erogazione etc.).

5) Verifica - Monitoraggio, valutazione e giudizio sugli esiti delle politiche pubbliche

L'implementazione e il finanziamento dei PUA e degli ATS diventano prioritari per garantire l'effettività dei LEPS, attraverso cui passano erogazione e godimento dei diritti sociali. ATS e PUA non devono essere mero atto amministrativo, bensì trasformazione del modello di presa

in carico: così i LEPS e i diritti sociali ad essi collegati non restano sulla carta, ma si incarnano nel territorio e nella comunità, diventando effettivamente esigibili per le persone.

Rispetto a questo obiettivo, di cui è responsabile la pubblica amministrazione, va agito un duplice ruolo. In primo luogo, **il sindacato deve agire un ruolo di monitoraggio** rispetto al livello di implementazione di questi servizi nei territori.

Il sindacato deve verificare: la presenza delle infrastrutture sociali (PUA e ATS) nei territori; quali servizi vengono offerti ed erogati in quelle sedi; come sono finanziati; quali diritti sono effettivamente esigibili e quali sono esclusi rispetto al complessivo elenco dei LEPS; se l'erogazione è diretta o affidata al mercato privato o a enti del terzo settore e secondo quali regole e procedure; quali CCNL vengono applicati, etc.

In secondo luogo, **il sindacato deve agire un ruolo di valutazione e giudizio, chiedendo conto alla PA degli effetti delle scelte compiute sulle persone e sul lavoro**. La rivendicazione deve mirare al miglioramento della qualità dei servizi per l'utenza e al miglioramento delle condizioni di lavoro degli operatori e delle operatrici di detti servizi, internalizzati o esternalizzati che siano.

Con particolare riferimento all'esternalizzazione dei servizi ad enti del terzo settore rileva l'operatività dell'art. 55 del CTS che regola il rapporto PA-ETS. In questo contesto, il sindacato si pone su un piano diverso dagli ETS, nel rispetto dei reciproci ruoli e prerogative: deve, cioè, monitorare e "governare" le dinamiche del rapporto pubblico-privato, in quanto soggetto terzo rappresentante dell'interesse generale, e non soggetto *stakeholder* portatore dell'interesse particolare legato all'erogazione diretta del servizio.

Se il rapporto tra PA e ETS si gioca entro i confini dell'art. 55 del CTS, allora, la PA dovrà rendere conto al sindacato di come le scelte prese in quel contesto impattano su utenza e operatori del settore, se il risultato è un abbassamento della qualità dei servizi e del lavoro, cioè una mortificazione dei diritti delle persone che il sindacato è chiamato a tutelare.

Conclusioni

La stagione delle grandi riforme sociali è nata e ha preso vigore dal basso, attraverso la definizione di un orizzonte valoriale e la programmazione delle politiche pubbliche e delle risorse, in una sana dinamica di confronto e conflitto tra soggetto politico e sindacato.

Questo documento chiama i livelli territoriali della CGIL, federali e confederali, a riappropriarsi di una funzione storica: conoscere e organizzare i territori, responsabilizzare le amministrazioni locali, partecipare alla programmazione delle politiche e degli interventi sociali, contribuire a costruire diritti esigibili per garantire la coesione sociale, prevenire e governare il cambiamento.

Appendice

La non autosufficienza nella proposta di legge di iniziativa popolare recante “Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale”

Il 14 maggio 2026 la CGIL, insieme a un’ampia rete di associazioni, ha lanciato una campagna di raccolta firme a supporto di una [proposta di legge di iniziativa popolare](#) recante **“Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale”**. In particolare, si riportano i testi le relazioni illustrative degli artt. 7 (Sviluppo dei servizi territoriali e Distretto socio-sanitario) e 8 (Politiche in favore delle persone anziane e delle persone non autosufficienti) della proposta di legge.

Art. 7 - Sviluppo dei servizi territoriali e Distretto socio-sanitario

1. Al fine di garantire un omogeneo sviluppo dell’assistenza territoriale sull’intero territorio nazionale, le regioni e le province autonome provvedono entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge a emanare o adeguare il provvedimento generale di Programmazione per lo sviluppo dell’assistenza territoriale, nel rispetto del decreto 23 maggio 2022, n. 77. La sua attuazione costituisce adempimento obbligatorio per l’accesso al finanziamento integrale del Ssn, secondo il modello di governo e gli standard strutturali, tecnologici e organizzativi dei servizi per l’assistenza territoriale e del sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico ai sensi della presente legge.

2. Le disposizioni di cui al decreto 23 maggio 2022, n. 77 in contrasto o incompatibili con quanto previsto dal presente articolo sono soppresse. Al fine di garantire un’omogenea attuazione sull’intero territorio nazionale del riordino dell’assistenza territoriale nel Ssn, al decreto 23 maggio 2022, n. 77 sono apportate le seguenti modifiche:

a) all’articolo 1, comma 1, le parole “avente valore descrittivo” sono eliminate e la parola “avente” è sostituita con “aventi”;

b) agli Allegati 1 e 2, tutte le parole “facoltativo”, “raccomandato” e “fortemente raccomandato” sono sostituite dalla parola “obbligatorio”.

3. Il Distretto socio-sanitario di cui all’art. 3-quater del decreto legislativo 502/92 e successive modifiche e integrazioni è un’articolazione del governo della Azienda sanitaria territoriale che attraverso le Case della Comunità e la rete degli altri servizi territoriali sanitari e sociali con queste integrate assicura:

a) le cure primarie secondo un approccio multiprofessionale e interdisciplinare in ambulatorio e a domicilio, attraverso il coordinamento della rete dei servizi distrettuali che comprende i

medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, i servizi specialistici ambulatoriali, le strutture operative a gestione diretta e le strutture ospedaliere;

b) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nonché delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni singoli o associati, secondo le Linee guida del decreto interministeriale del 24 giugno 2025;

c) la gestione integrata dei servizi tramite l'accordo di collaborazione con gli Ambiti territoriali sociali (Ats) che costituisce adempimento obbligatorio;

d) la collaborazione con i comuni e la partecipazione della popolazione di riferimento alla elaborazione delle necessità di intervento e alla valutazione dei risultati raggiunti secondo quanto previsto dall'articolo 1 della presente legge.

Il distretto garantisce altresì i servizi a gestione diretta di cui ai commi 2 e 3 dell'articolo 3-quinques del decreto legislativo 229/1999.

4. La Casa della Comunità è il luogo di incontro, elaborazione, valutazione e condivisione fra le istanze e le risorse della comunità ed i servizi sociali e sanitari di Comuni e Aziende sanitarie che concorre ad assicurare la salute ed il benessere delle persone e della Comunità di riferimento. Nella Casa della Comunità, le attività dei servizi sanitari e dei servizi sociali si integrano con tutte le altre risorse presenti nella comunità per attuare congiuntamente programmi inclusivi per la promozione della salute e per la prevenzione, la cura e l'assistenza a livello territoriale, ospedaliero e residenziale. A questo scopo, la Casa della Comunità si avvale dei servizi presenti al suo interno, comunque coordinati con le attività e i servizi distrettuali in favore del soddisfacimento dei bisogni di tutte le persone.

Relazione illustrativa:

L'art. 7 (Sviluppo dei servizi territoriali e Distretto socio-sanitario) propone di assicurare lo sviluppo omogeneo dell'assistenza territoriale impegnando le regioni a formulare (o riformulare) il provvedimento generale di Programmazione per lo sviluppo dell'assistenza territoriale di cui al decreto ministeriale 77/2022 (comma 1) e rendendo prescrittive talune disposizioni dello stesso decreto relative al ruolo di governo del Distretto socio-sanitario e alla definizione dei modelli e degli standard dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali (comma 2). In particolare, per un più completo ed omogeneo sviluppo organizzativo e di governo dell'assistenza territoriale, il comma 2 rende prescrittive le disposizioni dell'art. 1 del decreto che, a differenza dell'Allegato 2, attribuiscono un valore meramente descrittivo all'Allegato 1. Inoltre, rendere "obbligatorio" quanto il decreto prevede come semplicemente "facoltativo", "raccomandato" o "fortemente raccomandato" crea le condizioni per la effettiva e uniforme realizzazione della riforma dell'assistenza territoriale, riconoscendo al Distretto socio-sanitario la funzione centrale di governo e garantendo l'efficacia di tutte le misure per il potenziamento della rete dei servizi territoriali. L'obiettivo è superare una delle più forti criticità del provvedimento che, in più parti, lascia ampi margini di scelta alle singole regioni nell'attuazione dei modelli e degli standard, riproducendo differenziazioni a livello territoriale

e disuguaglianze nell'accesso ai servizi che andrebbero ben oltre i confini della legittima e necessaria autonomia organizzativa.

Il comma 3, rinviando all'art. 3-quater del decreto legislativo 502/1992 come modificato dal decreto legislativo 229/1999, qualifica il distretto socio-sanitario come un'articolazione del governo dell'Azienda sanitaria territoriale che assicura le cure primarie secondo un approccio multiprofessionale e interdisciplinare in ambulatorio e a domicilio, garantendo la collaborazione con i comuni e la partecipazione della popolazione di riferimento alla elaborazione delle necessità di intervento e alla valutazione dei risultati raggiunti secondo quanto previsto dall'articolo 1 della presente legge. In particolare, attraverso le Case della comunità e la rete dei servizi distrettuali (che comprende i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, i servizi specialistici ambulatoriali, le strutture operative direttamente gestite e le strutture ospedaliere e residenziali); il distretto socio-sanitario assicura l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nonché delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni singoli o associati, e la gestione integrata dei servizi tramite l'accordo di collaborazione con gli Ats (che costituisce adempimento obbligatorio per le regioni) secondo le Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti territoriali sociali per l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali di cui al decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute e con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 24.06.2025. Nel contesto della assistenza territoriale, prioritaria attenzione è riservata alle politiche in favore delle persone anziane e delle persone non autosufficienti (art. 8); della salute di genere, supporto alla genitorialità e sostegno all'educazione sessuale e alle relazioni familiari (art. 9); della salute mentale di adulti e giovani (art. 10), nonché delle persone che usano droghe, che giocano d'azzardo e con comportamenti affini (art. 11). Il comma 4 individua la Casa della Comunità come il luogo di incontro, elaborazione, valutazione e condivisione fra le istanze e le risorse della comunità e i servizi sociali e sanitari di Comuni e Aziende sanitarie che concorre ad assicurare la salute ed il benessere delle persone e della Comunità di riferimento. Nella Casa della Comunità, le attività dei servizi sanitari e dei servizi sociali si integrano con tutte le altre risorse presenti nella comunità per attuare congiuntamente programmi inclusivi per la promozione della salute e per la prevenzione, la cura e l'assistenza a livello territoriale, ospedaliero e residenziale. A questo scopo, la Casa della Comunità si avvale dei servizi presenti al suo interno, comunque coordinati con le attività e i servizi distrettuali in favore di tutte le persone.

Art. 8 - Politiche in favore delle persone anziane e delle persone non autosufficienti

1. Le politiche sanitarie e le politiche sociali assicurano, in maniera integrata e attraverso risorse pubbliche, assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, cure domiciliari, semiresidenziali e residenziali e sostegno alla popolazione, specie di quella anziana non autosufficiente e in condizioni di fragilità. È garantito il rispetto del diritto delle persone a determinarsi in maniera indipendente, libera, informata e consapevole con riferimento alle decisioni che riguardano la loro assistenza, nonché alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio in condizioni di dignità e sicurezza.

2. Le regioni e le province autonome assicurano, entro il 31 dicembre 2027, la piena integrazione fra le aziende sanitarie territoriali e gli Ats, individuati di norma in coincidenza con i distretti sanitari o come loro sub-articolazione ed organizzati secondo le Linee guida del decreto interministeriale del 24 giugno 2025. L'accordo di collaborazione fra le aziende sanitarie territoriali e gli Ats al fine della gestione integrata dei servizi di cui al comma 1 dell'art. 26 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 è obbligatorio e vincolante per la valutazione multidimensionale unificata di cui all'articolo 27 del medesimo decreto. Le regioni e le province autonome assicurano altresì la partecipazione e il coinvolgimento delle persone, dei familiari, delle organizzazioni della società civile e dei sindacati nella fase di progettazione, monitoraggio e valutazione dei risultati raggiunti.

3. In attuazione del comma 1, a livello distrettuale le aziende sanitarie territoriali e gli Ats assicurano prioritariamente:

a) prestazioni coordinate e integrate di cure domiciliari di base;

b) progetti individualizzati di assistenza integrata (Pai), in base ai fabbisogni assistenziali definiti dalla valutazione multidimensionale unificata, dotati di un budget di cura e assistenza, in coerenza con i principi e i criteri direttivi di cui alla legge 23 marzo 2023, n. 33, e garantendo la presenza di un riferimento professionale costante (case manager) in tutte le ore della giornata e in tutti i giorni dell'anno;

c) interventi di adattamento dell'abitazione alle esigenze della persona, ovvero di nuove forme di coabitazione solidale e di coabitazione intergenerazionale, sostenuti da finanziamenti dedicati. Al fine di evitare ogni forma di marginalizzazione, nel decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 all'articolo 15, comma 1, primo periodo, le parole “, in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate” sono soppresse.

4. Le regioni e le province autonome garantiscono l'aumento dell'assistenza domiciliare, prioritariamente a favore delle persone con maggiori bisogni assistenziali, fino a prendere in carico almeno il 20 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni entro il 31 dicembre 2027 e almeno il 30 per cento entro il 31 dicembre 2028.

5. Al fine di preservare la dignità e la libertà della persona, di contrastare l'isolamento e favorire il mantenimento dei legami affettivi della persona ospite, le regioni e le province autonome dispongono che le strutture per l'assistenza residenziale e semiresidenziale assicurino contesti familiari, aperti, integrati nelle comunità locali, di piccole dimensioni, anche garantendo l'accesso da parte dei familiari e delle reti amicali per tutta la giornata e, ove richiesto, senza limitazioni.

6. Le strutture residenziali e semiresidenziali, nonché quelle ospedaliere, sviluppano percorsi personalizzati per promuovere il benessere generale e la funzionalità motoria, e per salvaguardare e valorizzare le autonomie residue degli ospiti; assicurano programmi per la prevenzione delle cadute e delle infezioni correlate all'assistenza, il controllo del dolore, l'appropriatezza e la sicurezza delle terapie farmacologiche, la prevenzione degli atti di

violenza nei confronti degli ospiti e del personale. Le strutture residenziali e semiresidenziali, nonché quelle ospedaliere sono tenute al rispetto della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità; a tal fine le regioni e le province autonome dispongono il superamento della contenzione entro e non oltre il 31 dicembre 2029, attraverso investimenti dedicati e specifici progetti, anche con corsi di formazione obbligatori per tutto il personale e con momenti di formazione sul campo.

7. Quanto previsto ai commi 5 e 6 costituisce requisito per l'accreditamento istituzionale. Le regioni e le province autonome disciplinano entro il 31 dicembre 2027 l'adeguamento degli standard e dei requisiti strutturali e organizzativi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 prevedendo condizioni migliorative per gli ospiti in termini di:

- a) attività di socializzazione e di salvaguardia dell'autonomia funzionale;
- b) spazi disponibili per attività comuni, riabilitazione funzionale e controllo della diffusione delle malattie contagiose;
- c) moduli diversificati in funzione della tipologia e dell'intensità del bisogno e della complessità assistenziale;
- d) congruità del numero e della qualificazione del personale quotidianamente presente in rapporto alla numerosità delle persone ospiti e alla tipologia dei loro bisogni assistenziali.

È fatto divieto di autorizzare nuove strutture con un numero di posti letto superiore a 60.

Le regioni e le province autonome garantiscono la tempestiva applicazione dei nuovi standard e requisiti strutturali e organizzativi.

8. Al fine di assicurare la validità e la trasferibilità dei risultati della sperimentazione della prestazione universale, in coerenza con i principi e criteri direttivi di cui alla legge 23 marzo 2023, n. 33, entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge, la sperimentazione di cui al decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 è estesa, alle persone con età anagrafica di almeno 65 anni, con un "bisogno assistenziale grave o gravissimo" e un ISEE non superiore a euro 50.000. L'assegno di assistenza di cui all'articolo 36, comma 2, lettera b), del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 è rideterminato in aumento tra 850 e 1800 euro mensili in base alla graduazione dei bisogni assistenziali. Il Ministero dell'economia e delle finanze assicura le risorse aggiuntive necessarie per l'ampliamento della sperimentazione della prestazione universale ai sensi del presente comma.

9. L'assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria e la prestazione universale sono garantite a tutte le persone anziane non autosufficienti che hanno compiuto 65 anni, in coerenza con l'articolo 2, comma 1, lettera a) del Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29. L'art. 40 del medesimo decreto è soppresso.

10. Le leggi di bilancio dispongono l'adeguamento del Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, assicurando almeno un incremento di 1 miliardo rispetto al valore dell'anno 2025 per ciascun anno a decorrere

dall'anno 2027 fino a determinare una dotazione di 6 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2030.

Relazione illustrativa:

L'art. 8 (Politiche in favore delle persone anziane e delle persone non autosufficienti) riconosce che la salute delle persone anziane, specie di quelle non autosufficienti e in condizioni di fragilità, rappresenta una delle priorità del nostro Paese, da affrontare affermando il diritto alle cure e all'assistenza con una copertura di carattere pubblico, universale e uniforme, superando la frammentarietà e riducendo le disuguaglianze tra le diverse aree del Paese. Si tratta di un ambito rispetto al quale le dichiarazioni di principio, ampiamente presenti nei documenti ufficiali, sono in gran parte disattese nella pratica quotidiana, spesso per la mancanza di risorse adeguate. Tale situazione è ulteriormente aggravata dalla tendenza a negare il finanziamento delle prestazioni sociali ad elevata integrazione sanitaria attraverso il fondo sanitario nazionale, ancorché ripetutamente stigmatizzata dalla giurisprudenza.

Sono 4 milioni le persone anziane con gravi difficoltà nelle attività funzionali di base (il 28% della popolazione ultra65enne), in prevalenza donne e con un forte svantaggio per chi vive nelle regioni del Mezzogiorno. Di esse, 2,8 milioni hanno gravi difficoltà nel camminare, salire o scendere le scale senza l'aiuto di una persona o il ricorso ad ausili, 1,8 milioni riferiscono gravi difficoltà nell'udito o nella vista anche con l'uso di ausili, 1,1 milioni hanno gravi difficoltà nella memoria o nella concentrazione. Il 44% delle persone con gravi difficoltà dichiara di non avere adeguati ausili o assistenza, e quasi la metà (il 47%) vive da sola. L'ISTAT evidenzia come, in termini assoluti, il numero di anziani con multimorbilità continui a crescere: negli ultimi quindici anni è passato da 6,9 a 7,8 milioni, spinto dall'aumento dell'invecchiamento della popolazione. La famiglia resta il principale sostegno, anche se la rete di aiuti familiari e quella di aiuti informali hanno subito nel tempo un forte ridimensionamento per le dinamiche demografiche e i mutamenti sociali iniziati negli anni '60. Milioni di persone e di famiglie si trovano così ad affrontare quotidianamente, spesso da sole, grandi disagi, sofferenze e rischi di impoverimento, di fronte ai quali l'unica soluzione (per chi può permetterselo) è il ricorso alle cure informali delle cd badanti, un settore che conta circa 1 milione di lavoratori, per oltre la metà irregolari.

La riforma della non autosufficienza, prevista dal PNRR e approvata all'unanimità in Parlamento con la legge 33/2023 (legge quadro rivendicata da anni dalle organizzazioni sindacali), ha trovato attuazione nel decreto legislativo 29/2024 che tuttavia non traduce in misure operative quanto previsto dalla legge delega, deludendo le aspettative di tante persone anziane e delle loro famiglie, rinviando l'individuazione di misure per una «nuova domiciliarità» e per le nuove forme dell'abitare che sostengano il diritto alla vita indipendente e autodeterminata. Si ricorda che, prima della pandemia, poco meno del 5% degli ultra65enni poteva contare sull'assistenza domiciliare (peraltro per un numero di ore del tutto inadeguato) e che il PNRR si propone di aumentare l'offerta fino a raggiungere almeno il 10% (in linea con le migliori prassi europee).

Il comma 1 richiama i diritti delle persone anziane, in particolare di quelle non autosufficienti e in condizioni di fragilità, alle prestazioni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Ribadisce il diritto della persona a determinarsi in maniera indipendente, libera, informata e consapevole, con riferimento a tutte le decisioni che riguardano la sua assistenza, nonché alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio in condizioni di dignità e sicurezza.

Il comma 2 dispone che le regioni e le province autonome garantiscano la piena integrazione fra le aziende sanitarie locali e gli Ats, che di norma dovrebbero coincidere con i distretti sanitari o loro sub-articolazioni e dovrebbero essere organizzati secondo le Linee Guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) per l'attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro della Salute e con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 24 giugno 2025. Il comma rende obbligatorio l'accordo di collaborazione fra Asl e Ats e vincolante per la valutazione multidimensionale. Dispone inoltre che le regioni e le province autonome assicurino la partecipazione e il coinvolgimento delle persone, dei familiari, delle organizzazioni della società civile e dei sindacati nella fase di progettazione, monitoraggio e valutazione dei risultati raggiunti. Il comma 3 definisce, in coerenza con i principi della legge delega 33/2023, le linee di intervento delle politiche pubbliche, sanitarie e sociali, per dare effettiva priorità all'assistenza domiciliare, in condizioni di dignità e di sicurezza per le persone anziane non autosufficienti e in condizioni di fragilità. Il comma prevede una strategia di intervento che individua, da un lato, gli interventi assistenziali sociali e sanitari, cui concorrono sia i servizi di assistenza domiciliare a livello distrettuale delle aziende sanitarie (potenziati secondo quanto previsto dal comma 4) sia quelli del sistema di assistenza sociale dei Comuni e, dall'altro, l'adattamento dell'abitazione alle esigenze della persona, anche con soluzioni tecnologiche che favoriscano la continuità delle relazioni personali e sociali, ovvero ricorrendo a forme di coabitazione solidale, anche intergenerazionale (con la precisazione di cui alla lettera c), volta a evitare ogni possibile pratica discriminatoria nei confronti delle persone svantaggiate). La lettera b) precisa la necessità di assicurare i Pai, Progetti individualizzati di assistenza integrata, dotati di un budget di cura e assistenza, garantendo un case manager (un riferimento professionale) disponibile in tutte le ore del giorno e in tutti i giorni dell'anno. Il comma 4 dispone che sia incrementata l'assistenza domiciliare, con priorità alle persone con maggiori bisogni assistenziali, fino a garantire la presa in carico di almeno il 20% della popolazione di età superiore ai 65 anni entro il 31 dicembre 2027 e almeno il 30 per cento entro il 31 dicembre 2028.

Il Pnrr, nella Missione "Salute" - Investimento "Casa come primo luogo di cura", si è proposto di migliorare l'assistenza delle persone affette da patologie croniche, con particolare attenzione agli over 65. L'obiettivo quantitativo è portare la percentuale di persone trattate in assistenza domiciliare al 10% della popolazione over 65 entro il 2025. Nel 2024 la copertura del servizio ha già raggiunto il 10,9%, con un incremento importante quanto a numero di persone anziane assistite rispetto al 4,6% del 2019. I dati indicano peraltro che l'intensità del servizio erogato è relativamente basso (rivolto cioè a persone con esigenze assistenziali di bassa complessità o comunque con durata del servizio molto contenuta), da cui la necessità non solo di incrementare ulteriormente il numero di persone assistite ma anche di incentivare l'erogazione di servizi effettivamente in grado di assicurare l'accessibilità e la continuità dell'assistenza alle persone con bisogni gravi o gravissimi.

I commi 5, 6 e 7 riguardano la qualità assistenza offerta dalle strutture residenziali e semiresidenziali.

In Italia, si stima che su 1000 anziani ultra65enni, 21 siano in una residenza; di questi 17 sono non autosufficienti e 4 sono autosufficienti⁶. Le strutture per anziani sono oltre 3 mila, dislocate soprattutto al Nord e al Centro, in gran parte gestite da privati, profit e non profit. Grandi gruppi privati, anche internazionali, gestiscono molte residenze, a dimostrazione che il settore è, anche nell'attuale contesto, remunerativo e in grado di garantire ampi margini di profitto. Per una persona anziana non autosufficiente o fragile, che fatica a rimanere nella propria casa in assenza di un supporto significativo, il ricorso al ricovero in residenza sembra spesso l'unica soluzione possibile. Molti fattori contribuiscono a spiegare tale opzione, ma ciò che pare determinante è la mancanza di alternative: spesso la residenza è scelta dopo aver richiesto ai servizi territoriali altre soluzioni (ricevendo risposte non adeguate, nei tempi e nei servizi offerti), e nonostante il rischio di decadimento generale dell'anziano conseguente alla istituzionalizzazione e alla rescissione dei legami col proprio ambiente domestico, familiare e amicale.

Il comma 5 prevede che, al fine di preservare la dignità della persona, contrastare l'isolamento, favorire il mantenimento dei contatti affettivi e permettere la partecipazione della persona alla vita sociale del territorio, le regioni e le province autonome provvedano affinché tutte le strutture per l'assistenza residenziale e semiresidenziale siano di piccole dimensioni, integrate con le comunità locali, aperte all'esterno e assicurino l'accesso da parte dei familiari e delle reti amicali per tutta la giornata e, ove richiesto, senza limitazioni. Il comma 6 dispone misure per il miglioramento della qualità dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, nonché di quella ospedaliera, con particolare riguardo agli ospedali di comunità e ai reparti di lungodegenza degli ospedali generali. Il comma dispone percorsi personalizzati per il benessere generale e la funzionalità motoria degli ospiti accanto a programmi generali per la prevenzione delle cadute e delle infezioni correlate all'assistenza; il controllo del dolore, l'appropriatezza e la sicurezza della terapia farmacologica, la prevenzione della violenza verso ospiti e personale. Dispone altresì che, nel rispetto della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, adottata dall'Onu il 13 dicembre 2006 e ratificata dal Parlamento italiano con la legge 3 marzo 2009, n. 18, le regioni e le province autonome assicurino il superamento di qualsiasi forma di contenzione entro la fine dell'anno 2029, prevedendo investimenti dedicati e specifici progetti, promuovendo adeguati piani di formazione obbligatori per tutto il personale e con momenti di formazione sul campo. Il comma 7 dispone che i requisiti di cui ai commi 5 e 6 costituiscano requisiti per l'accreditamento istituzionale, da recepirsi entro e non oltre il 31 dicembre 2027. Dispone inoltre che, le regioni e le province autonome adeguino tempestivamente gli standard e i requisiti strutturali e organizzativi di cui al DPR 14 gennaio 1997 prevedendo condizioni migliorative per gli ospiti, con riguardo fra l'altro a moduli diversificati, attività di socializzazione, spazi per attività comuni, congruità del numero e della qualificazione del personale presente quotidianamente in rapporto alla numerosità degli ospiti e dei loro bisogni assistenziali. È fatto comunque divieto di autorizzare nuove strutture residenziali con un numero di posti letto superiore a 60.

I requisiti previsti dall'articolo ribadiscono standard in parte già presenti nella normativa, ma di fatto spesso disattesi. Il D.P.R. 14 gennaio 1997 - in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle Rsa – indica standard dimensionali (peraltro già previsti dal Dpcm 22/12/1989) ancora oggi vigenti: capacità recettiva non inferiore a 20 posti-letto e non superiore, in casi eccezionali, a 120 posti-letto (ma nella realtà si arriva anche a più di 600 posti letto). Sempre nel D.P.R. 1997 viene altresì ribadita la necessità di prevedere camere che possono ospitare, di regola, una o due persone (o al massimo quattro, «nei casi di particolari esigenze strutturali o assistenziali»), di ricreare un'ambiente di tipo domiciliare, di prevenire ogni forma di isolamento degli anziani ed ogni difficoltà di rapporti con le famiglie, di adottare un modello organizzativo integrato con i servizi territoriali delle Asl, di stilare un piano di assistenza individualizzato per poter affrontare in modo personalizzato i bisogni di ogni paziente, di operare secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare, con il coinvolgimento dei familiari dell'ospite, e di raccogliere i dati emersi in sede di singole valutazioni multidimensionali, in modo tale da poter esercitare un controllo continuo delle attività della RSA.

Il comma 8 riguarda la prestazione universale, così come introdotta con il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, in attuazione della legge delega 23 marzo 2023, n. 33. Il comma si propone di ovviare ai limiti troppo angusti della sperimentazione della prestazione universale di cui al d.lgs. 29/2024, che all'articolo 35 limita la misura a una platea di beneficiari che corrisponde ad appena lo 0,6% delle persone non autosufficienti, riservandola – in violazione dei principi di delega – solo a persone ultra80enni in gravissime condizioni economiche (Isee inferiore a 6.000 euro) e con gravissima disabilità, senza prevedere alcuna graduazione in base ai bisogni assistenziali. Il comma prevede invece l'ampliamento del campo di applicazione con riguardo alla popolazione anziana ultra65enne (e non solo ultra80enne), al bisogno assistenziale “grave o gravissimo” (e non solo gravissimo), alla condizione economica (con Isee elevato a 50.000 euro) e al contributo monetario (graduato in ragione del bisogno assistenziale e rideterminato in aumento fino a 1800 euro mensili, contro gli 850 previsti dall'articolo 36 del d.lgs. 29/2024). L'ultimo periodo del comma prevede infine il Ministro dell'economia e delle finanze assicuri con proprio decreto, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le risorse aggiuntive per la sperimentazione della prestazione universale. Il comma 9 dispone l'abrogazione della norma che limita solo alle persone ultra70enni, anziché a tutte le persone ultra 65enni – come definito all'articolo 2, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, l'applicazione delle disposizioni riferite all'assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e alla prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti. Di conseguenza l'articolo 40 del medesimo decreto è abrogato. Il comma 10 dispone l'adeguamento del Fondo per le non autosufficienze assicurando, attraverso le leggi di bilancio, un incremento di 1 miliardo all'anno fino a raggiungere nel 2030 una dotazione di 6 miliardi.

Bibliografia essenziale

- Andreani T., *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, Fascicolo 1-2024
- Arlotti M., *Governance multi-livello e stratificazione «viziosa» le politiche per gli anziani non autosufficienti nel caso italiano*, in Autonomie Locali e Servizi Sociali, Fascicolo 1-2018
- Arlotti M., Spina E., *Un passo avanti, un passo indietro. I livelli essenziali delle prestazioni per la non autosufficienza per la legge di Bilancio 2022*, in Politiche Sociali, Fascicolo 2-2022
- Ascoli U. (a cura di), *Welfare state all'Italiana*, Roma-Bari : Laterza, 1984
- Ascoli U., *Il welfare in Italia*, Il Mulino, 2011
- Borelli S., *Who cares? Il lavoro nell'ambito dei servizi di cura della persona*, Jovene, 2020
- CARITAS, *La povertà in Italia secondo i dati della rete Caritas. REPORT STATISTICO NAZIONALE 2026*. Edizioni Palumbi.
- CERGAS Bocconi, Rapporto OASI 2025, Capitolo 5. L'assistenza agli anziani non autosufficienti: trend nazionali e nuovo percorso di valutazione unica del bisogno <https://cergas.unibocconi.eu/oasi-2025>
- CGIL, *Legge 23 marzo 2023, n.33, Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane. Osservazioni*, https://files.cgil.it/version/c:NGNhZjhmNTQtYjhmOC00:Yzg5M2Q4MTYtNDc1Zi00/3239824_133615634-fb931cce-2856-494f-8dac-f22a4bc84e3f.pdf
- CGIL, *DECRETO LEGISLATIVO 15 marzo 2024, n. 29, Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33. Osservazioni*, <https://www.cgil.it/ci-occupiamo-di/non-autosufficienza/lavoro-anziani-e-non-autosufficienza-osservazioni-cgil-al-dlgs-15-marzo-2024-n29-u39dqb1q>
- CGIL – SPI CGIL, *Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali per l'attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (Decreto Interministeriale del 24 giugno 2024). Osservazioni*, https://files.cgil.it/version/c:NzY0ZWUxM2MtN2ZmYi00:ZTVlZDBhN2UtZGM5Zi00/Osservazioni%20CGIL-SPI_Linee%20guida%20ATS-LEPS%20-%20versione%20sintetica.pdf
- CGIL – SPI CGIL, *Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027. Prime Osservazioni*, <https://www.cgil.it/ci-occupiamo-di/non-autosufficienza/non-autosufficienza-prime-osservazioni-di-cgil-e-spi-su-piano-2025-2027-x9pxye1z>

CGIL – SPI CGIL, *PIANO NAZIONALE NON AUTOSUFFICIENZA 2025-2027. Osservazioni estese*, https://files.cgil.it/version/c:ZmRiOTdIMDQtNGJmYi00:M2FlNDBjMmUtNTEzZS00/Osservazioni%20estese_PNNA%2025-27%20-%20CGIL%20e%20SPI.pdf

Da Roit B., *Quarant'anni di politiche di « long-term care » in Italia e in Europa*, in Autonomie Locali e Servizi Sociali, Fascicolo 3-2017

Ferrera M., *Il welfare state in Italia: sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, Il Mulino, 1985

Franzoni F., Anconelli M., *La rete dei servizi alla persona: dalla normativa all'organizzazione*, Carocci, 2021

Giorgi C., Pavan I., *Storia dello Stato Sociale in Italia*, Il Mulino 2021

Gualandi S., *Analisi giuslavoristica della riforma in materia di politiche in favore delle persone anziane non autosufficienti*. In Dinamiche demografiche e mercato del lavoro: la prospettiva giuridica, (a cura di) C. Alessi, W. Chiaromonte, M. Esposito, V. Filì, M. Gambacciani, M. Tiraboschi. ADAPT University Press, 2025

Gualandi S., *Il tradimento della popolazione anziana non autosufficiente. Analisi di una riforma (mancata), tra rinvii a futuri provvedimenti, eccessi di categorialità e dogma dell'invarianza finanziaria*, in RGL Giurisprudenza Online, 4-2024

ISTAT, *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia*, 2021

ISTAT, *PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE E DELLE FAMIGLIE | BASE 1/1/2024*. 28 luglio 2025

ISTAT, *Rapporto annuale 2026 - La situazione del Paese*, 2026

Pavolini E., *Politiche di cura della non autosufficienza degli anziani «all'italiana»: le origini e le difficoltà di riforma*, in La Rivista delle Politiche Sociali, Fascicolo 2-2024

Persiani M., D'Onghia M., *Diritto della sicurezza sociale*, Giappichelli, 2025

Ranci C., Arlotti M., Garavaglia E., *“Policy inaction”. L'inerzia delle politiche LTC in Italia e le sue ragioni*, Politiche Sociali, Fascicolo 3-2024

Saraceno C., *Il Welfare, modelli e dilemmi della cittadinanza sociale*, Il Mulino, 2013

Saraceno C., *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, 1998



Appunti

[illegible]

*“I vecchi sono degli esseri umani?
A giudicare dal modo con cui sono trattati
nella nostra società, è lecito dubitarne. [...]
Ecco perché bisogna rompere
una congiura del silenzio”
(Simone de Beauvoir, *La terza età*, 1970)*

