

## Il Piano nazionale per la non autosufficienza (PNNA) 2025-2027: le novità, le criticità e i tanti (ancora troppi) nodi da sciogliere\*

Fabio Cembrani\*\*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione. – 2. I nuovi criteri del riparto economico del PNNA 2025-2027 ... sempre (purtroppo) a partire dall'ossimoro dell'invarianza finanziaria. – 3. Sul perché l'indennità di accompagnamento è un cattivo ed inadatto *proxy* di misura della non autosufficienza. – 4. Gli scenari futuri della non autosufficienza, delineati ma non ancora completamente definiti dal PNNA 2025-2027. – 5. Conclusioni.

### ABSTRACT:

L'Autore analizza le più importanti novità contenute nel Piano nazionale per la non autosufficienza (PNNA) 2025-2027 approvato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni ed Enti locali a distanza di 15 mesi dalla scadenza del precedente. Ne analizza gli effetti, soprattutto quelli che avranno, a conclusione della sperimentazione in corso, un forte impatto sulla valutazione della disabilità e della non autosufficienza evidenziando che le trasformazioni di quelli che sono fin qui stati i tradizionali paradigmi dell'*impairment* funzionale non sono stati ancora riempiti di contenuti. La non autosufficienza, nei suoi diversi livelli di graduazione sul piano dell'intensità assistenziale resta, infatti, una categoria concettuale arida, confusa e mal definita nonostante il PNNA abbia confermato l'esigenza di differenziarla dalla disabilità quasi che essa non fosse la sua conseguenza finale. Con la previsione di un doppio canale di tutela eretto sulla base dell'età anagrafica della persona; considerando non autosufficienti le persone over-70enni affette da almeno una di quelle patologie elencate nel Decreto interministeriale 26 settembre 2016 e, nel caso degli infra-70enni, quelle riconosciute nelle condizioni previste dalla legge n. 18 del 1980 e/o in quel bisogno assistenziale permanente, conti-

---

\* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

\*\* Medico legale, Associazione italiana di psicogeriatría (AIP), f.cembrani@gmail.com.

nuativo e globale di cui parla l'art. 3, comma 3, della legge n. 104 del 1992. Senza però dar conto di quali saranno i criteri che la dovranno comunque caratterizzare e che potrebbero aprire la strada ad interventi assistenziali diversi e non univoci. L'effetto finale del PNNA 2025-2027, pur nella sua difficile lettura, non onora così ciò che era stato previsto dalla componente 2 della Missione 5 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) ripreso poi dalla legge-delega sulla disabilità e da quella sulle politiche a favore delle persone anziane: la razionalizzazione normativa, la semplificazione dei processi e l'esigibilità dei diritti sono strade che, sempre più, divergono e si allontanano da ciò che ci si poteva finalmente attendere.

*The author analyzes the most important innovations contained in the National Plan for Non-Self-Sufficiency (PNNA) 2025-2027, approved by the Unified Conference of State, Regions and Local Authorities 15 months after the expiration of the previous plan. He analyzes its effects, especially those that, upon completion of the ongoing trial, will have a strong impact on the assessment of disability and non-self-sufficiency, highlighting that the radical transformations of the functional impairment paradigms remain an empty shell pending the announced Ministerial Decree, which should be approved by September 30, 2026. Non-self-sufficiency, in its various levels of graduation in terms of care intensity, remains, in fact, a dry, confusing, and ill-defined conceptual category despite the PNNA confirming the need to differentiate it from disability, almost as if it were not its final effect. With the provision of a double channel of protection established on the basis of the person's chronological age; Considering non-self-sufficient those over 70 years of age affected by at least one of the pathologies listed in the Interministerial Decree of 26 September 2016 and, in the case of those under 70, those recognized as meeting the conditions set out in Law No. 18 of 1980 and/or as having the permanent, continuous, and comprehensive care need referred to in Article 3, paragraph 3, of Law No. 104 of 1992. This does not include the criteria that will somehow characterize this category in terms of care intensity and which could pave the way for different and non-uniform care interventions. The final outcome of the 2025-2027 National Recovery and Resilience Plan (PNRR), despite its difficult interpretation, does not honor what was envisaged in component 2 of Mission 5 of the National Recovery and Resilience Plan (PNRR), which was subsequently taken up by the delegated laws on disability and the protection of the elderly: regulatory rationalization, process simplification, and the enforceability of rights are paths that increasingly diverge and move away from what could legitimately be expected.*

## 1. Introduzione

Il 18 marzo 2026 la Conferenza unificata Stato-Regioni ed Enti locali ha approvato il Piano nazionale per la non-autosufficienza (PNNA) 2025-2027. Il via libera è arrivato a 15 mesi di distanza dalla scadenza del Piano 2022-2025, con un ritardo che si può solo in parte giustificare anche ammettendo le difficoltà incontrate nel trovare un accordo politico sui criteri di riparto dei fondi<sup>1</sup>. Si tratta di un documento di programmazione politica molto corposo (oltre 90 pagine), di lettura davvero non agevole, preceduto da un'introduzione dove viene subito chiarito che i destinatari del Piano sono le persone con disabilità in con-

<sup>1</sup> Cfr. L. PELLICIA, *Le novità in tema di finanziamento del welfare*, in *Welforum.it*, 2 aprile 2026.

dizione di non autosufficienza fino ai 70 anni di età; al preambolo seguono poi 9 capitoli divisi, a loro volta, in 30 paragrafi distinti.

La sua messa in rete, assieme alla bozza del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri per la sua adozione, ha già prodotto qualche primo commento in cui è stata sottolineata la particolare convergenza storica in cui si è dovuto inserire il nuovo PNNA essendo in atto la profonda trasformazione del nostro sistema di *welfare*; una trasformazione che non è però ancora giunta in dirittura d'arrivo viste le sperimentazioni ancora in corso<sup>2</sup> che la legge 20 aprile 2026, n. 50 ('Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 febbraio 2026, n. 19, recante ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e in materia di politiche di coesione') ha nuovamente prorogato come già aveva fatto, in precedenza, il decreto Milleproroghe 2026 (decreto-legge 31 dicembre 2025, n. 200, convertito nella Legge n. 26/2026).

Se questa particolarissima convergenza può in qualche modo render ragione delle difficoltà incontrate da chi lo ha redatto per i mobili scenari in cui si sta ancora muovendo l'accertamento degli stati di bisogno (della disabilità e della non autosufficienza), la sensazione che emerge dalla sua non agevole lettura è quella di un amaro déjà-vu già sperimentato nel passato, ogni qual volta gli annunci politici sono stati poi traditi nella loro declinazione finale<sup>3</sup>. Non già per il solo ritardo registrato nella sua approvazione quanto per le modeste risorse finanziarie messe anche questa volta in campo e, soprattutto, per le poche relazioni virtuose che si colgono nella ricerca di quelli che sono i punti di contatto con le recenti riforme della disabilità (D.lgs. n. 62/2024 attuativo della legge delega n. 227/2021) e della non autosufficienza (D.lgs. n. 29/2024); riforme, queste, che hanno avuto il demerito di sfilacciare, in maniera poco comprensibile – a meno che non si sia realmente voluto privilegiare la nascita di un neonato “modello che apre la via alla possibilità di spostare la competenza sugli interventi verso l'articolo 38 Cost. [...] con l'argomento che per fronteggiare la non autosufficienza la funzione sociale prevale su quella sanitaria”<sup>4</sup> – un settore di tutela che meritava un reale cambio di passo non con la sola (pur necessaria) trasformazione del lessico<sup>5</sup> ma con scelte politiche più semplici e coraggiose.

La triste realtà è che, anche modernizzando quelle vetuste categorie dell'*impairment* funzionale messe nel dimenticatoio dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (pienamente ratificata dal nostro Paese con la legge n. 18 del 2009), sono davvero molte le resistenze che si incontrano ogni qual volta il nostro Paese decide di modificare

<sup>2</sup> Si veda, per tutti, G. RODRIGUEZ, *Piano non autosufficienza 2025.2027. Doppio binario anziani-disabili, nuovi criteri di riparto e soglie Isee fino a 65.000 Euro per i casi più gravi*, in *Quotidiano sanità* del 17 marzo 2026.

<sup>3</sup> Cfr. F. CEMBRANI, T. VECCHIATO, D. DE LEO, M. TRABUCCHI, *Si restringe ulteriormente la coorte degli anziani non autosufficienti che potranno accedere alla prestazione universale prevista dall'art. 4 del decreto legislativo n. 29/2024*, in *Corti supreme e salute*, 2024, n. 2.

<sup>4</sup> Così G.M. FLICK, *La tutela costituzionale del malato non autosufficiente: le garanzie sanitarie dei LEA, il pericolo dei LEP*, in *Rivista AIC*, 2023, n. 2.

<sup>5</sup> C. GIACOBINI, *Un piano senza gambe né denti*, in *PhZero* del 2 dicembre 2025.

la realtà, fors'anche per le spinte corporative che si sono anche questa volta opposte a quella sostanziale omogeneizzazione della disabilità per renderla finalmente indipendente dalle sue variabili etiologiche<sup>6</sup>. Come è, purtroppo, accaduto altre volte anche se la più grande lacuna del nostro sistema di *welfare* era, oltre alla frammentazione della disabilità<sup>7</sup>, la sostanziale delega dell'assistenza fatta per lo più gravare (anche nei relativi costi stimati in oltre 13 miliardi di Euro/anno<sup>8</sup>) sulle famiglie delle persone non autosufficienti<sup>9</sup> visto che poco più di 385 mila solo quelle istituzionalizzate a tempo pieno e che, tre su quattro di queste, sono persone anziane<sup>10</sup>. Anche se questi vuoti di tutela sono destinati a persistere vista e considerata l'esiguità delle risorse finanziarie messe in campo, la separazione della tutela della disabilità da quella della non autosufficienza e la discutibilissima idea di scomporre il *cluster* di quest'ultima sulla base dell'età anagrafica delle persone. Con la triste conseguenza che avremmo persone non autosufficienti over-80enni, persone disabili infra70enni anche non autosufficienti e persone non autosufficienti di età superiore ai 70 ma inferiore agli 80 anni di età non titolate a poter accedere alla prestazione (asseritamente<sup>11</sup>) universale introdotta dal De.lgs. 5 marzo 2024, n. 29 recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli artt. 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33. Con evidenti pericoli sul piano dell'uguaglianza dei diritti perché, come sembra emergere dall'analisi del nuovo PNNA 2025-2027, questi diversificati *cluster* potranno accedere a regimi di tutela differenziati anche sulla base dei loro indicatori economici (ISEE) restando ancora impregiudicati i criteri per il riconoscimento della non autosufficienza, criteri un'altra volta annunciati dal Piano stesso ma non ancora indicati. E che dobbiamo attendere nella loro declinazione finale per poter dare un (motivato) giudizio sul come le tutele impresse sulla carta potranno trasformarsi in diritti effettivamente esigibili.

<sup>6</sup> Già rilevate da L. CATTINELLI, *Sulla invalidità civile ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118: aspetti medico-legali e medico-sociali vecchi e nuovi*, in *Sicurezza sociale*, 1972, n. 27.

<sup>7</sup> M. CINGOLANI, A. ROMANELLI, *Handicap e disabilità. Una proposta di metodo valutativo medico-legale e sociale*, Milano, 2008. Sulla questione rinvio anche a M. BARNI, *Postille medico-legali al Decreto lgs n. 509/88 in tema di invalidità civile*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 1998, n. 2. E anche a F. CEMBRANI, *Il ruolo della medicina legale nella tutela assistenziale degli invalidi civili*, Trento, 1991.

<sup>8</sup> OSSERVATORIO DOMINA SUL LAVORO DOMESTICO (2024), *6° Rapporto annuale sul lavoro domestico. Analisi, statistiche, trend nazionali e locali*, disponibile su [www.associazionedomina.it](http://www.associazionedomina.it), (ultimo accesso 5 maggio 2026).

<sup>9</sup> RAPPORTO CNEL (2024), *Il valore sociale del caregiver. Percorso di quantificazione e individuazione del profilo emergente delle persone che si prendono cura dei familiari*, Roma, disponibile su [www.cnel.it](http://www.cnel.it) (ultimo accesso 5 maggio 2026).

<sup>10</sup> RSA: *crece il numero degli ospiti, ma resta il divario Nord-Sud nell'offerta. I dati Istat*, in *Quotidiano sanità* del 12 gennaio 2026.

<sup>11</sup> Cfr. F. PACINI, *Note su alcuni profili problematici della prestazione (asseritamente) universale per le persone anziane non autosufficienti*, in *Corti supreme e salute*, 2025, n. 3.

## 2. I nuovi criteri del riparto economico del PNNA 2025-2027 ... sempre (purtroppo) a partire dall'ossimoro dell'invarianza finanziaria

Il nuovo Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027 disporrà, a livello complessivo, di un budget finanziario leggermente superiore rispetto a quello del triennio precedente. Sono stati, infatti, stanziati 982 milioni di euro per il 2025 (rispetto ai 913 milioni del 2024), 934 milioni per il 2026 e 1,1 miliardi per il 2027, per uno stanziamento totale di poco superiore ai 3 miliardi di euro per tutta la durata del Piano.

Questi indici macroeconomici non devono però trarre in inganno. Il piccolo incremento del budget finanziario non è il risultato di nuovi investimenti da parte dello Stato. Si tratta, invece, dell'effetto di manovre di bilancio che hanno trasferito sul fondo del PNNA i 300 milioni di euro originariamente previsti per i LEPS degli anziani e i 60 milioni del Fondo per i Caregiver familiari; fondo, quest'ultimo fondo, che è stato completamente cancellato per l'anno 2027. Nessun nuovo investimento, dunque, per questa voce di spesa pubblica: le risorse finanziarie allocate sono state, infatti, attratte (sottratte) da altri capitoli del bilancio pubblico, senza toccare investimenti che meriterebbero di essere ridotti, primi tra tutti quelli destinati al riarmo militare<sup>12</sup>.

Lo stesso discorso vale anche per gli altri ipotetici risparmi citati nella lunga introduzione del Decreto attuativo del nuovo PNNA. Si prevede, infatti, di finanziare il Piano stesso (fino a un massimo di 40 milioni di euro all'anno) anche con le risorse recuperate dai controlli dell'INPS sulle invalidità civili, sulla cecità, sulla sordità, sull'handicap e sulla disabilità. In questa (ingenua) previsione non si calcolano però né i costi aggiuntivi prodotti dalla complessa macchina amministrativa messa in campo dall'INPS per eseguire le verifiche né le spese provocate dalle inevitabili cause legali promosse dai cittadini, delle quali purtroppo lo Stato non ha mai fornito né una rendicontazione economica completa né la numerosità delle pretese accolte e respinte dai Giudici.

Per quanto riguarda la distribuzione delle risorse economiche previste, il PNNA 2025-2027 le ha divise in due modi, con la previsione di una quota fissa e di una quota variabile. Le quote fisse sono stabilite in 14.640 milioni di euro per i progetti sulla vita indipendente, in 250 milioni di euro per attivare i LEPS (livelli essenziali delle prestazioni sociali) per gli anziani non autosufficienti e in 50 milioni di euro per assumere nuovo personale sociale da inserire nei punti unici di accesso (PUA). La cosiddetta quota indistinta, che ammonta a 605 milioni di euro per il 2025 (619 milioni per il 2026 e 793 milioni per il 2027), sarà invece ripartita tra le Regioni con criteri nuovi, che però entreranno a pieno regime solo a partire dal 2027. Da quell'anno i criteri saranno: l'80% sulla base della popolazione anziana residente con un'età

<sup>12</sup> Cfr. C. COTTARELLI, G. OLMASTRONI, *La spesa militare sale del 38,5% nel 2025, ma non si sa perché*, in *Osservatorio conti pubblici italiani* del 7 novembre 2025.

pari o superiore a 75 anni; il 10% in base al numero di persone che percepiscono l'indennità di accompagnamento; il restante 10% in base al numero di cittadini in possesso della certificazione prevista dall'articolo 3, comma 3, della legge n. 104 del 1992.

Cambiando le regole, si superano i vecchi criteri di ripartizione regionale che fin dall'inizio erano stati poco precisi. In passato, infatti, il 60% dei fondi del PNNA veniva assegnato basandosi solo sulla popolazione ultra-75enne (ipotizzando, per errore, che la percentuale dei non autosufficienti fosse identica in tutta Italia) mentre il restante 40% seguiva le regole del Fondo nazionale per le politiche sociali senza tener conto delle peculiarità regionali. Fino al prossimo anno, durante questo periodo di transizione, si applicherà, inoltre, una formula provvisoria: il 60% dei fondi sarà assegnato in base alla presenza di anziani over-75enni e il restante 40% sulla base del numero di persone riconosciute nel diritto a percepire l'indennità di accompagnamento e/o i benefici assistenziali previsti dall'articolo 3, comma 3, della legge-quadro n. 104 del 1992.

Ci si è affidati, quindi, a due indicatori che rappresentano un parametro del tutto inadatto per la stima della non autosufficienza. Questi due indicatori, peraltro, non avrebbero dovuto essere sovrapposti poiché la condizione di cui parla l'art. 3, comma 3, di quella legge-quadro del 1992 è una realtà fattuale del tutto diversa e non certo assorbita all'interno di quegli altri parametri di effettività necessari ad ottenere l'indennità di accompagnamento<sup>13</sup>. Nonostante la netta differenza, le due situazioni sono state spesso confuse nella pratica e il PNNA 2025-2027 sembra, purtroppo, confermare ed alimentare questo gravissimo equivoco di fondo.

Le conseguenze pratiche degli errori commessi sono evidenti se si confrontano le statistiche delle diverse zone d'Italia. Nelle Regioni del Sud (ma anche in Lazio e in Umbria), il peso dei fondi calcolato sul numero delle indennità di accompagnamento è superiore rispetto a quello calcolato sulla presenza degli anziani; al contrario, in Lombardia, dove risiede il 16,85% di tutti gli anziani italiani, i percettori dell'indennità di accompagnamento sono appena il 13,84% del totale nazionale.

Questa enorme differenza numerica non trova una spiegazione logica sul piano clinico anche ove si ipotizzasse una diversa distribuzione territoriale degli anziani non autosufficienti. È, questa, un'ipotesi poco realistica sul piano scientifico e demografico. Molti studi hanno infatti segnalato che le differenze regionali nella non autosufficienza (quando misurate in base alle indennità di accompagnamento riconosciute) dipendono in realtà da criteri di valutazione totalmente diversi da territorio a territorio sulla scorta dei quali si valutano le *difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età*. Categoria concettuale, quest'ultima, introdotta come una nuova espressione della disabilità dal Decreto lgs. n. 509/1988 anche se poi, per la sua graduazione, si sono seguite strade diverse. Anche se quella più utilizzata, a livello locale, resta la SVAMA (Scheda per la Valutazione

<sup>13</sup> F. CEMBRANI e al., *La valutazione dell'handicap: un compito davvero complesso, ma che non può essere eluso da parte della moderna medicina legale*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 2016, n. 1.

Multidimensionale delle persone adulte e Anziane) e la SVAMDI (Scheda di Valutazione Multidimensionale della Disabilità): strumenti, questi, che tipizzano la disabilità attraverso la classificazione internazionale ICF, prendendo in esame sia i bisogni sanitari e sociali della persona sia la sua capacità di svolgere, in maniera più o meno autonoma, le attività della vita quotidiana (ADL) e quelle strumentali (IADL).

Non in tutti i territori però, con l'aggravante che, in qualche contesto locale (così nella Provincia autonoma di Trento), anche la persona a cui non è stata riconosciuta l'indennità di accompagnamento può improvvisamente trasformarsi, a parità di condizioni di salute, in un disabile non autosufficiente quando, utilizzando la SVAMA, lo si inserisce nel parallelo percorso dell'accesso alla residenzialità.

### 3. Sul perché l'indennità di accompagnamento è un cattivo ed inadatto proxy di misura della non autosufficienza

Sul numero effettivo delle persone italiane non autosufficienti non c'è nessuna contezza: l'ISTAT (2021) le ha stimate in 3,959 milioni con oltre 1 milione di over-80enni (il 63,8% dei quali con gravi limitazioni funzionali) quando il CENSIS, più recentemente, le ha calcolate in 2,8 milioni<sup>14</sup>. Con un *gap* notevolissimo tra le due (pur autorevoli) proiezioni statistiche che conferma una tristissima realtà: la loro numerosità non è assolutamente certa e, anche laddove fossero reali le stime più contenute (quelle del CENSIS), l'altrettanto severissima realtà è che il casellario generale dell'INPS registra, al 31 dicembre 2023, 1,56 milioni di persone italiane percettrici della indennità di accompagnamento. Con questa conseguenza: il numero delle persone italiane che percepiscono questo trasferimento monetario liberamente spendibile è un *inadatto proxy* di misura della non autosufficienza.

A ciò si aggiungano le diversità regionali che caratterizzano il suo riconoscimento alle quali si è già prima accennato che sono un problema reale, ampiamente noto e a lungo discusso nel tentativo di comprenderne le cause. Tra tutte, l'ampia soggettività discrezionale che esiste nella valutazione dei *compiti e delle funzioni proprie dell'età* che restano un irrisolto arcano per la loro mancata esplicitazione normativa; una difettosità, questa, che ha prodotto quei corto-circuiti interpretativi che hanno spesso finito con il sovrapporli (confonderli) con gli *atti quotidiani della vita* che rappresentano, insieme alla capacità di deambulazione autonoma, una delle due realtà fattuali previste dalla legge 11 febbraio 1980, n. 18 per il riconoscimento della indennità di accompagnamento<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> CENSIS (2025), 59° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese nel 2025, Roma.

<sup>15</sup> F. CEMBRANI, *Le difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età e l'indennità di accompagnamento: vecchi e nuovi problemi nella valutazione medico-legale dell'invalidità civile*, in Riv. It. Med. Leg., 2007, n. 6.

Da qui le tante incoerenze, discrepanze e ampi divari territoriali.

Una prima discrepanza prende le mosse dalla sostanziale staticità dei *compiti e delle funzioni proprie dell'età* che non consente la loro modulazione in relazione alla reale situazione della persona: i *compiti* e le *funzioni proprie dell'età* di un neonato di pochi mesi non possono essere, infatti, quelli di un adolescente come, del resto, i *compiti* e le *funzioni proprie dell'età* di un 65-enne ancora in attualità di lavoro non possono essere sovrapposti a quelli di una persona ultra-centenaria.

Una seconda incoerenza è quella prodotta dall'accennato difetto di esplicitazione che finisce con il confondere (sovrapporre) i *compiti* e le *funzioni proprie dell'età* con gli *atti quotidiani della vita* che riproducono, nella nostra lingua, un datato termine anglosassone (*activity daily living*) per la cui valutazione sono state proposte, nel tempo, moltissime scale di valutazione multi-dimensionale di tipo prevalentemente descrittivo.

Una terza incoerenza connota, infine, uno tra i più evidenti paradossi che hanno fin qui caratterizzato la stima medico-legale dell'invalidità civile. Mentre l'*impairment* lavorativo si determina con la rigorosa applicazione delle regole ancora stabilite dal Decreto lgs. n. 509/1988 che, nel gioco delle menomazioni concorrenti e coesistenti e delle franchigie previste, consente una discrezionalità tecnica, rispetto alle percentuali di invalidità ottenute con l'applicazione delle Tabelle approvate nel 1992, di 5 punti percentuali (in più o in meno) in relazione alle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto, alla eventuale specifica attività lavorativa svolta ed alla formazione tecnico-professionale del medesimo, i *compiti e le funzioni proprie dell'età* e le relative *difficoltà persistenti* risentono di quell'ampia incertezza prodotta da quel vuoto di tipizzazione normativa il quale, prestandosi alla libera interpretazione, ha finito con il creare l'ampia disomogeneità nell'accesso ai diritti sociali.

Anche se questo vuoto è stato colmato, a più riprese, da alcuni tentativi di interpretazione/esplicitazione che hanno però finito con il produrre l'effetto opposto: quello, cioè, di creare altre confusioni concettuali in un settore di tutela che da anni avrebbe necessitato di un'ampia riforma strutturale.

Ci si riferisce, in particolare alle due circolari del Ministero della Sanità emanate, rispettivamente, il 4 dicembre del 1981 e il 28 settembre del 1992 e alla circolare del Ministero della Sanità (Dipartimento di Prevenzione) del 27 luglio 1998.

Con la prima circolare del 1981 (prot. n. 500.6/AG. 927-58-1449) l'autorità ministeriale ha cercato di chiarire, anche se in maniera del tutto succinta, le due condizioni alternativamente previste per il diritto all'indennità di accompagnamento pur senza affrontare, come nella circolare successiva, la questione, pregiudiziale, dei *compiti e delle funzioni proprie dell'età*. In questa circolare interpretativa si precisa che "si trovano nella impossibilità di deambulare gli invalidi che non deambulano neppure con l'aiuto di presidi ortopedici" e che "per atti quotidiani della vita si intendono quelle azioni elementari che espleta quotidianamente un soggetto normale di corrispondente età e che rendono il minorato che non è in grado di compierle, bisognevole di assistenza". Con la successiva circolare del 1992, la stessa autorità ha identificato gli atti quotidiani della vita in "quelle azioni elementari e anche relativamente più complesse non legate a funzioni lavorative, tese al soddisfacimen-

to di quel minimo di esigenze medie di vita rapportabili ad un individuo normale di età corrispondente, così da consentire, ai soggetti non autosufficienti, condizioni esistenziali compatibili con la dignità della persona umana”; rispetto alla precedente, questa circolare ha così esteso la categoria degli *atti quotidiani della vita* finendo con il (ri)-comprendervi anche quelle funzioni “relativamente più complesse” che, sia pur disgiunte dall'*impairment* lavorativo, consentono alla persona di vivere un'esistenza dignitosa. Con la circolare del Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Sanità del 27 luglio 1998 (prot. n. DPV.4/H-F1/643) è stata, invece, affrontata la questione delle *difficoltà persistenti* in una maniera però del tutto incoerente rispetto all'ampia elaborazione dottrinale pur con l'obiettivo di dichiarato di “semplificare il lavoro delle commissioni di accertamento” e di risolvere gli ampi problemi prodotti dal venir meno della percentualizzazione dell'*impairment* lavorativo nei soggetti anziani over-65enni e che, per la frammentarietà delle norme, erano all'origine di ampie difficoltà sia nel campo della fornitura delle protesi e/o degli ausili sia nel campo dell'esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria. Con una operazione per così dire chirurgica, risultata però del tutto fuorviante avendo essa prodotto effetti del tutto nefasti sul piano della corretta interpretazione delle norme e che ha finito con il confondere l'*impairment* lavorativo con i *compiti e le funzioni proprie dell'età* e la super-invalidità (l'indennità di accompagnamento) con la situazione di gravità di cui all'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992.

L'effetto finale è stato che le diverse circolari interpretative adottate dall'autorità ministeriale hanno ingenerato, invece che semplificare, un'ulteriore confusione nella applicazione di norme (decisamente) mal scritte che richiedevano una maggiore e migliore tipizzazione non avendo esse indicato quali sono gli *atti quotidiani della vita* in relazione ai quali devono essere valutate le *difficoltà persistenti*, quali dovevano essere gli strumenti (griglie) da utilizzare nella loro esplorazione e l'eventuale esistenza di quella soglia di franchigia il cui superamento può legittimare il diritto all'indennità di accompagnamento. Spalancando così la porta a quell'ampia discrezionalità che rende ragione delle grandi difformità regionali le quali, come già detto, confermano che l'indennità di accompagnamento è un inadatto *proxy* di misura della non autosufficienza e che altri dovevano essere i criteri di ripartizione dei fondi del Piano 2025-2027. Di tutto questo il PNNA non ha però voluto tener conto senza ammettere che, all'interno della popolata platea dei percettori della indennità di accompagnamento, esistono *cluster* diversi che non hanno lo stesso grado di bisogno sul piano dell'intensità assistenziale cosicché non è certo l'indennità di accompagnamento ciò che può fotografare, con un buon margine di ragionevolezza scientifica, la non auto-sufficienza in attesa del 2027. Perché, come già ricordato, solo a partire da questa annualità il *driver* prevalente per i riparti regionali della quota indistinta sarà quello della popolazione anziana (peso 80%) mentre i correttivi dell'indennità di accompagnamento e quelli previsti dall'art. 3, comma 3, della legge-quadro del 1992 avranno un peso più modesto (10% ciascuno).

## 4. Gli scenari futuri della non autosufficienza, delineati ma non ancora completamente definiti dal PNNA 2025-2027

Il capitolo 2 del PNNA 2025-2027, con i suoi due distinti paragrafi, affronta due fondamentali questioni, di grande interesse sul piano medico legale e sociale: quella dei criteri necessari alla definizione della non autosufficienza (par. 2.1) e quella dei criteri previsti per l'accesso alle prestazioni previste dal Piano stesso (par. 2.2).

È sicuramente questa la parte del Piano di più difficile lettura e che pone tutta una serie di interrogativi lasciati purtroppo irrisolti. Quello che è al momento certo è che, a partire dal 1° gennaio 2028, la valutazione della disabilità sarà affidata agli organi tecnici dell'INPS (con la sola eccezione delle Province autonome di Trento e di Bolzano almeno in questa fase sperimentale) e che essa dovrà tener conto, in relazione però alle sole persone infra-70enni, di tutti quegli ulteriori elementi di caratterizzazione necessari alla definizione: (a) della non autosufficienza; (b) della disabilità gravissima per come essa è stata definita dall'art. 3, comma 2, del Decreto interministeriale 26 settembre 2016 in quelle situazioni in cui la persona disabile, già riconosciuta nel diritto a percepire l'indennità di accompagnamento, si venisse a trovare in una di quelle specifiche e particolarissime condizioni cliniche come già previsto dall'art. 5, comma 1, lettera h) del D.lgs. n. 62 del 2024 ('Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato').

La valutazione-base della disabilità si arricchirà così, per tutti i disabili infra-70enni, di ulteriori *step* valutativi che dovrebbero aprire la strada agli interventi di sostegno alla non autosufficienza previsti dal PNNA 2025-2027 tenuto conto delle specifiche esigenze della persona e della sua volontà di costruire un percorso personalizzato di sostegno in un'ottica di piena partecipazione e di valorizzazione delle sue capacità e delle sue aspirazioni. Nel concreto, come confermato nel Cap. 4 del PNNA: (a) l'attivazione degli interventi previsti tramite l'elaborazione di quel progetto assistenziale individualizzato (PAI) capace di definire in maniera puntuale e integrata le risposte socio-sanitarie da attivare anche ai sensi dell'articolo 21 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017; (b) l'elaborazione di un progetto personalizzato che, sulla base delle risultanze della valutazione multidimensionale, preveda interventi di carattere sociale finanziati da diversi fondi sociali (progetto per la vita indipendente, PAI socio-assistenziale, progetto per il "durante, dopo di noi", progetto personalizzato per l'inclusione lavorativa); (c) l'attivazione di un progetto di vita, come disciplinato dagli articoli 18 e ss. del Decreto lgs. n. 62 del 2024, quale processo caratterizzato da specifiche modalità di realizzazione improntate all'auto-determinazione della persona con disabilità, nel quale possono essere inclusi, qualora già presenti, sia il PAI sia i contenuti del progetto personalizzato.

Questo per quanto riguarda le persone disabili infra-70enni perché il nuovo (discutibile) scenario tracciato dal PNNA 2025-2027 è quello dell'ulteriore frazionamento degli stati di

bisogno realizzato, questa volta, non sulla base degli antiquati riferimenti etiologici della disabilità di un tempo ma in relazione all'età anagrafica della persona.

Il *puzzle* che emerge dalla lettura del Piano è particolarmente intricato e davvero complesso e nel tentativo di comporlo occorre partire da ciò che è certo e, quindi, a muovere dal D.lgs. 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'); più in particolare dal suo art. 34 con il quale, nel dare attuazione a ciò che era stato previsto da quella legge-delega, il Governo aveva provato a riformare l'istituto giuridico dell'indennità di accompagnamento. Con un esito del tutto infruttuoso<sup>16</sup> ed assolutamente insoddisfacente<sup>17</sup> perché l'annunciata riforma, che molti aspettavano, è rimasta nell'incompiuto visto che quell'istituto giuridico, concepito negli anni '80 del secolo scorso, è rimasto tale, in sprezzo delle (precise) indicazioni fornite dal Parlamento nella legge-delega, disposizioni intese a dar vita ad un nuovo sostegno (la 'prestazione universale') in misura economica non fissa ma graduata e personalizzata in relazione all'intensità del carico assistenziale. Per una precisa e dichiarata finalità: il potenziamento delle prestazioni assistenziali a sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti come aveva, tra l'altro, previsto la Missione 5 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) con l'ammodernamento di un trasferimento monetario che aveva fatto il suo corso<sup>18</sup>, liberamente spendibile, erogato o al solo titolo della menomazione nel caso degli ipovedenti (ciechi assoluti) o, per gli invalidi civili, nell'ipotesi in cui il disabile sia impossibilitato a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e/o che, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, richieda un'assistenza personale continuativa da parte di terzi. Lo scopo di quell'annunciata riforma era chiaro e del tutto condivisibile<sup>19</sup> e l'intenzione programmatica era quella di far fronte al crescente fenomeno dell'invecchiamento patologico della popolazione anziana<sup>20</sup>, di sostenere la domiciliarità, di supportare le famiglie e di provare ad invertire la rotta di tendenza della loro istituzionalizzazione.

Anche se le buone intenzioni del Parlamento sono state in larga parte tradite in fase applicativa<sup>21</sup>. In primo luogo, perché l'importo economico mensile della prestazione unica (che di universale ha ben poco) è stato fissato in 850 Euro mensili, dunque senza quella gradualità

<sup>16</sup> F. CEMBRANI, *cit. supra*.

<sup>17</sup> T. ANDREANI, *L'assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti: prime considerazioni d'insieme intorno alla legge delega 33 del 2023*, in *Corti Supreme e Salute*, 2024, n. 1.

<sup>18</sup> C. RANCI (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza. Una proposta di riforma dell'indennità di accompagnamento*, Roma, 2008.

<sup>19</sup> T. ANDREANI, *L'assistenza continuativa*, cit.

<sup>20</sup> OFFICE OF THE EUROPEAN UNION (2014), *Population ageing in Europe, Facts, implications and policies: outcomes of EU-funded research*, Bruxelles.

<sup>21</sup> T. VECCHIATTO, *Con la prestazione universale cresceranno o diminuiranno le disuguaglianze?*, in *Studi Zancan*, 2023, n. 6.

che l'avrebbe dovuto, nell'idea del Parlamento, caratterizzare per "remunerare il costo del lavoro di cura e di assistenza" e/o l'acquisto "di servizi destinati al lavoro di cura e assistenza e forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non domiciliare" (art. 36, comma 2, lettere a) e b) del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29). Non certo in subordine per il suo carattere sperimentale (nel periodo compreso tra l'1.01.2025 e il 31.12.2026) e, soprattutto, per gli sbarramenti non solo reddituali e anagrafici che sono stati previsti e che hanno avuto l'effetto di far ad esso accedere una risicatissima platea di persone: su domanda dell'interessato possono, infatti, beneficiare di questo nuovo *benefit* assistenziale i soli grandi anziani over-80enni già titolari dell'indennità di accompagnamento, in possesso di un indicatore economico per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria (ISEE) non superiore a 6 mila Euro/anno e che si trovano in un livello di bisogno assistenziale gravissimo (art. 35, comma 1). Sbarramento, quest'ultimo, la cui tipizzazione era stata rinviata al lavoro di una apposita Commissione tecnico-scientifica nominata dal Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali all'esito del quale è poi intervenuto il messaggio n. 4490 del 30 dicembre 2024, a firma del Direttore generale dell'INPS, nel quale si confermano e si individuano altri ulteriori requisiti di accesso, inerenti: (1) le condizioni di salute della persona anziana che, per essere riconosciuta non autosufficiente, deve trovarsi in almeno una di quelle situazioni patologiche elencate dal decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016 come già aveva previsto la Commissione tecnico-scientifica; (2) le sue condizioni sociali contabilizzate con uno specifico punteggio alfa-numerico. Con una critica sostanziale da più parti mossa a queste decisioni perché, anche a partire da quel decreto ministeriale del 2016, ciò che si doveva fare non era un mero *repetita* visto che quell'elenco di situazioni e di stati morbosi avrebbe dovuto essere sviluppato, perfezionato ed allargato tenuto conto del (reale e non artificiale) contesto clinico-epidemiologico che caratterizza la coorte dei nostri grandi anziani. Visto e considerato che la gran parte delle situazioni cliniche (così, ad es., le lesioni spinali da C0 a C5, la gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico, il ritardo mentale grave o profondo e lo stato vegetativo o di minima coscienza) sono realtà cliniche di rarissimo riscontro in questo target di popolazione diversamente da quell'ampia fascia della popolazione anziana con demenza<sup>22</sup> la quale, tuttavia, può accedere alla prestazione unica universale se (e solo se) il loro funzionamento rientra, sulla scala Clinical Dementia Rating (CDRS), in un livello uguale o superiore a 4 (demenza molto grave). Così eliminando, di fatto, quella folta schiera di persone con demenza assistite al domicilio che, su quella scala, rientrano nei livelli di gravità inferiori (CDR2 o demenza media e CDR 3 o demenza grave) i quali, tuttavia, richiedono, molto spesso, un carico assistenziale, anche in termini di vigilanza, di controllo e di supervisione, ancor più elevato (si pensi, ad es., al carico assistenziale prodotto dai disturbi del comportamento che si associano molto spesso

<sup>22</sup> E. FABRIZI, A. ANCIDONI, N. LOCURATOLO *et al.*, *The Italian guideline on diagnosis and treatment of dementia and mild cognitive impairment*, in *Age and Ageing*, 2024, n. 53.

a queste situazioni morbose) il quale, tuttavia, non raggiunge il livello di quella *dipendenza vitale* alla quale si è voluta richiamare, in termini del tutto forzati, la Commissione tecnico-scientifica. Cosicché, a fronte di una drammatica emergenza sociale, solo le persone affette da una demenza in traiettoria avanzata di malattia e con una relativamente breve attesa di vita (CDR pari o superiore a 4) hanno potuto varcare la soglia d'accesso alla prestazione unica universale che resterà sigillata per le altre centinaia di migliaia di famiglie italiane assorbite nella loro assistenza domiciliare. A differenza di quanto previsto per le persone disabili affette da una deprivazione sensoriale complessa indicate, nell'All. 1 di quel Decreto del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali, in quelle con una "minorazione visiva totale o con un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore anche con eventuale correzione o con un residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento" e in quelle affette da un'ipoacusia pari o superiore a 90 dB di media tra le frequenze 500, 100 e 2000 Hz nell'orecchio migliore a prescindere dall'epoca di insorgenza della perdita uditiva. Con un ennesimo trattamento di favore riservato alle disabilità sensoriali che reitera, purtroppo, le tante disuguaglianze del passato<sup>23</sup> che non si sono volute correggere. Qualcuno potrà obiettare che il grande anziano ipoacusico o ipovedente grave è sempre affetto anche da altre patologie ma, pur accettando questa critica, resta eluso il problema di fondo: se queste persone richiedano, a tutti gli effetti, un'assistenza personale continuativa (24 ore su 24 e sette giorni su sette) e se la loro condizione clinica, di cui non si mette naturalmente in dubbio la gravità, realizzi la loro dipendenza vitale da terzi. Non ne sono convinto constatando, purtroppo, che la disabilità resta un continente popolato da gruppi sociali forti e da gruppi sociali più deboli nonostante la prestazione universale, che assorbe l'indennità di accompagnamento, fosse stata pensata per sostenere il lavoro di cura e di assistenza fornito da persone terze o da imprese qualificate. Sempre che siano soddisfatti tutta quell'altra serie di requisiti non derogabili che compongono la valutazione sociale dalla persona non autosufficiente e che, a loro volta, derivano: (a) dalla composizione del nucleo familiare; (b) dalle tipologie dell'assistenza attivata e fornita dalle strutture pubbliche locali; (c) dalla erogazione di altri contributi economici riconosciuti dalle amministrazioni pubbliche locali i quali, tuttavia ed almeno per ora, non sono computati nel calcolo della soglia minima del bisogno assistenziale gravissimo.

A questa primigenita caratterizzazione della non autosufficienza riservata agli over-80enni, il PNNA 2025-2027 ne aggiunge ora altre separando però gli interventi di tutela destinati alle persone disabili non autosufficienti e le altre tutele riservate agli anziani non autosufficienti, con un netto confine di demarcazione tra le due aree programmatiche indicato nel compi-

<sup>23</sup> G. TUCCI, *La partecipazione del disabile alla vita sociale*, in *Questione Giustizia*, 2018. Si veda anche M. MICHETTI, *I diritti delle persone diversamente abili: l'evoluzione del quadro normativo ed il contributo della giurisprudenza costituzionale*, in *Italian Paper on Federalism*, 2017, n. 2. E ancora M. SCHIANCHI, *Storia della disabilità. Dal castigo degli dei alla crisi del welfare*, Roma, 2012. In una prospettiva più ampia si rinvia anche a MG. BERNARDINI, *La capacità vulnerabile*, Napoli, 2021.

mento dei 70 anni di età nonostante in alcune parti del PNNA 2025-2027 (così, ad es., nei criteri di riparto della quota indistinta) si faccia riferimento agli over 75enni. Risolta, in via di ragionevolezza interpretativa, quest'area di incertezza distraente, le persone disabili di età compresa tra 0 e 70 anni vengono, a loro volta, suddivise dal PNNA in due sotto-categorie: in quelle non autosufficienti e in quelle parzialmente non autosufficienti indicate, queste ultime, nelle persone disabili le quali "in virtù di particolari condizioni di salute bio-psico-fisica o sociali o di relazione e senza un'assistenza continua, vedono comunque fortemente limitata la partecipazione ai propri contesti di vita, esponendole a rischi di marginalizzazione o al peggioramento delle proprie condizioni di vita e di relazione".

Alla tipizzazione delle persone disabili non autosufficienti, il PNNA dedica alcuni righi sparsi soffermandosi su quelle riconosciute tali in questa fase di transizione e fino al completamento della sperimentazione in corso: indicandole in quelle già riconosciute e che saranno riconosciute nel perimetro di quanto indicato dall'art. 3, comma 3, della legge-quadro n. 104/1992 (a causa della loro ridotta autonomia personale, tale da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione) o considerate tali dalle unità valutative multidisciplinari (UVM) perché in possesso dei requisiti di cui al Decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016 (non autosufficienti gravissimi) e/o già indicati come disabili gravi dal PNNA 2022-2024 per effetto del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri approvato il 3 ottobre 2022 (par. 5.1). Pur con un cambiamento radicale delle tradizionali tassonomie non potendosi più parlare, come ammette il PNNA, dell'esistenza di una "disabilità grave" nonostante la persistente vitalità di quella "gravissima" ai sensi dall'art. 3, comma 2, del Decreto interministeriale 26 settembre 2016 sostituita dalla necessità di un sostegno che può essere di livello lieve, medio o intensivo, quest'ultimo da elevato a molto elevato.

Vedremo cosa accadrà, quali saranno i livelli di tutela che potranno far fronte e dare una risposta ai bisogni di questi diversificati (progressivi) livelli di intensità della non autosufficienza delle persone disabili infra-70enni e con quali nuovi parametri di giudizio si dovrà procedere alla loro ragionevole e riproducibile pesatura rispetto all'intensità assistenziale. Su questo il PNNA tace anche perché solo a partire dall'1.01.2018 avverrà, se non ci saranno altri ripensamenti, il consolidamento delle nuove procedure di riconoscimento della disabilità e della non autosufficienza nel rispetto delle indicazioni del nuovo decreto del Ministero della Salute che dovrà essere approvato entro il 30 novembre 2026 ai sensi dell'articolo 12 del D.lgs. n. 62/2024. Fermo restando che, fino a questa data, l'accertamento della condizione di disabilità sarà garantito dagli enti istituzionali esistenti (Commissioni integrate ASL-INPS o Commissioni uniche INPS per delega delle regioni) mentre quello della non autosufficienza rientrerà ancora nell'area di competenza affidata alle UVM secondo le precedenti regole e ai sensi della legge n. 104/1992 (par. 5.2 del PNNA). Dopo di che la riforma dovrebbe entrare a pieno regime con l'effetto finale che l'accertamento della disabilità e della non autosufficienza sarà riunificato nella valutazione base in capo all'INPS con la nuova criteriologia prevista da quel nuovamente annunciato decreto dsa emanare entro il 30 novembre 2026 (cfr. Par. 5.1.3 del PNNA). Anche se fino ad allora, in

assenza di uno strumento nazionale, la valutazione delle condizioni e dei bisogni degli anziani resterà demandata alle Regioni e alle Province autonome.

## 5. Conclusioni

L'assetto generale del PNNA 2025-2027 per la programmazione dei servizi destinati al sostegno delle persone con disabilità che si trovano in una condizione di non autosufficienza disegna un quadro molto confuso e le cui relazioni virtuose con le sperimentazioni al momento in corso si faticano a reperire.

Le novità in tema di finanziamento del nostro sistema di *welfare*, a parte la modesta allocazione finanziaria, poggiano ancora su criteri poco affinati che non fotografano in nessuna maniera i reali ed effettivi livelli territoriali della non autosufficienza per gli evidenti disallineamenti regionali che esistono nella distribuzione della indennità di accompagnamento anche perché questo trasferimento monetario non è assolutamente in grado di esprimere le tante sfumature del bisogno quando sia necessario tipizzarle in relazione all'intensità del carico assistenziale. Quanto poi ai limiti del confine tra gli anziani non autosufficienti e i disabili non autosufficienti, tracciato sulla base della loro età anagrafica, già si è detto anche perché il PNNA non fornisce nessun criterio di ripartizione del fondo tra i due *target di popolazione* che sarà deciso dalle Regioni. Con l'aggravante che i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), individuati per l'area anziani dalla legge di bilancio 2026 in particolare per l'assistenza domiciliare<sup>24</sup>, sono ancora un obiettivo auspicabile ma non obbligatorio per i disabili gravissimi come ha previsto il PNNA 2025-2027.

Il rischio concreto è che, anche questa volta, i piccoli passi iniziali di un percorso di riforma diventino il punto di arrivo definitivo. Il pericolo reale che intravvedo è quello di restringere ulteriormente i livelli di tutela e di ridurre il numero di cittadini che avranno diritto agli aiuti a causa della scarsa e insufficiente copertura economica assegnata a questa voce della spesa pubblica. È un rischio reale e i dubbi sono legittimi: non sarà che, anche questa volta, quelli che dovevano essere i primi passi di un percorso graduale finiranno per diventare il punto di arrivo? E non sarà che, per un'ennesima convergenza storica, saremo nuovamente costretti ad osservare la progressiva riduzione della platea degli aventi diritto vista la modesta (e del tutto insufficiente) allocazione economica assegnata a questa voce della spesa pubblica?

Sono dubbi legittimi a cui è purtroppo difficile dare una risposta in qualche modo rassicurante.

<sup>24</sup> L. PELLICIA, *Le novità per i LEPS anziani con la Legge di Bilancio 2026*, in *I luoghi della cura*, 8 dicembre 2025.

