

L'unità del bisogno e la frammentazione organizzativa: la domiciliarità tra riforma della non autosufficienza, PNRR e PNNA 2025-2027*

Francesco Merenda**

SOMMARIO: 1. Il domicilio come spazio di effettività dei diritti sociali. – 2. L'integrazione promessa: riforma della non autosufficienza e nuova sanità territoriale. – 2.1. Dalla convergenza normativa al raccordo organizzativo. – 2.2. La territorialità sanitaria come infrastruttura della domiciliarità. – 3. L'ADI oltre i target: contenuti e attori della presa in carico. – 4. L'unità del bisogno alla prova del PNNA 2025-2027: categorie, territori e integrazione. – 5. Dalla copertura alla garanzia: continuità e responsabilità nell'amministrazione della domiciliarità.

ABSTRACT:

Il contributo assume la domiciliarità non come mera modalità di erogazione di singole prestazioni, ma come criterio di organizzazione dei servizi destinati alle persone non autosufficienti. Da questa prospettiva, la questione centrale è se la successione di riforme e programmi degli ultimi anni abbia costruito un percorso amministrativo unitario oppure abbia semplicemente accostato dispositivi sanitari e sociali ancora governati da logiche differenti. La verifica muove dal fondamento costituzionale della tutela, considera la legge n. 33 del 2023 e il d.lgs. n. 29 del 2024, ricostruisce l'assetto dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) nella Missione 6 e si conclude con la programmazione nazionale 2025-2027.

The article examines home-based care for dependent persons as an issue of administrative organisation. It connects Law No. 33/2023, Legislative Decree No. 29/2024, the territorial healthcare reform under Mission 6 of the NRRP, and national planning for 2025-2027. Integrated home care

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Post-doc in Diritto amministrativo presso il Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università degli Studi di Perugia, francesco.merenda@unipg.it.

is a necessary, yet insufficient, link between healthcare and social services. The analysis shows that wider coverage does not necessarily ensure continuity of care, while multiple procedures, authorities and planning instruments preserve significant fragmentation. The reform should therefore be assessed not merely against quantitative targets, but according to its ability to provide a unified and effective home-care pathway.

1. Il domicilio come spazio di effettività dei diritti sociali

Nel quadro contemporaneo, segnato dalla diffusione di strategie orientate alla sostenibilità ambientale e alla transizione digitale, ha acquistato progressivo rilievo anche l'attenzione verso le politiche dedicate alla fragilità, con una specifica focalizzazione sull'invecchiamento della popolazione. La protezione della fragilità non può essere considerata un semplice corollario delle politiche di sviluppo sostenibile¹, il cui valore giuridico è in fase di consolidamento. Essa rappresenta piuttosto un ambito dell'intervento pubblico di crescente importanza, che richiede un'analisi approfondita e una definizione chiara ed è volto a integrare nella programmazione istituzionale la tutela delle persone che, avendo già attraversato gran parte del proprio percorso di vita, necessitano di condizioni adeguate a vivere in modo dignitoso la fase finale della propria esistenza.

La questione va collocata in una cornice in cui trova spazio il principio della c.d. «giustizia intergenerazionale»², tradizionalmente evocato per garantire equità tra generazioni future e presenti, ma oggi reinterpretato in senso più ampio, includendo anche la responsabilità delle istituzioni verso chi richiede protezioni immediate ed effettive.

Questa prospettiva, pur nella sua apparente novità, può essere posta a confronto con la riflessione sviluppata oltre un secolo fa da Santi Romano sulla trasformazione del ruolo dello Stato³. Nondimeno, in quel periodo storico, la persona veniva subordinata agli interessi dell'organismo statale. Il punto logico di partenza del diritto pubblico dell'epoca non era, pertanto, la libertà, bensì lo Stato. La prospettiva attuale, invece, si fonda sull'esatto contrario: la persona è al centro della Costituzione e quest'ultima si attiva per essa⁴.

¹ Di questo avviso E. FREDIANI, *Lo sviluppo sostenibile: da ossimoro a diritto umano*, in *Quaderni costituzionali*, 37, 3, 2017, pp. 626-629.

² M. MALVICINI, *Costituzione, legge e interesse intergenerazionale: tutela dei diritti e vincoli legislativi*, in *BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto*, 2, 2022, pp. 183-202.

³ S. ROMANO, *Lo Stato moderno e la sua crisi*, Milano, Società editrice libraria, 1910.

⁴ Cfr. A. ORSI BATTAGLINI, *'L'astratta e infeconda idea'. Disavventura dell'individuo nella cultura giuspubblicistica (A proposito di tre libri di storia del pensiero giuridico)*, in *Quaderni Fiorentini per la storia del pensiero giuridico moderno*, 1988, pp. 569 ss. M. LUCIANI, *Sui diritti sociali*, in R. ROMBOLI (a cura di), *La tutela dei diritti fondamentali davanti alle Corti costituzionali*, Torino, Giappichelli, 1994, pp. 79 ss.; C. SALAZAR, *Dal riconoscimento alla garanzia dei diritti sociali. Orientamenti e tecniche decisorie della Corte costituzionale a confronto*, Torino, Giappichelli, 2000.

Nell'ordinamento vigente, le politiche rivolte alle persone anziane assumono un valore costituzionale particolarmente significativo, poiché riflettono l'impegno dello Stato a garantire pari dignità e tutela a tutte le generazioni⁵, riconoscendo la necessità di assicurare un equilibrio tra prospettive di sviluppo e protezione delle fragilità⁶. Ne deriva un quadro in cui la sostenibilità non è più intesa esclusivamente come investimento sul futuro, ma come principio che impone di predisporre interventi capaci di sostenere, nell'immediato, il benessere di chi vive una condizione di vulnerabilità strutturale, riaffermando la centralità della persona in ogni fase della propria vita⁷.

Il diritto delle persone anziane e non autosufficienti a ricevere cure domiciliari si radica nel principio costituzionale di dignità⁸ della persona, desumibile attraverso il combinato disposto degli artt. 2, 3, 32 e 38 Cost., pur in assenza di un espresso riferimento costituzionale alla condizione anziana⁹. La garanzia del nucleo incompressibile di tali diritti non può, peraltro, essere subordinata alla disponibilità delle risorse stanziare nel bilancio¹⁰.

La dignità assume la funzione di un parametro ineludibile che orienta l'ordinamento giuridico nel suo sforzo di garantire condizioni di vita che assicurino a ogni persona autonomia, integrità fisica e mentale, nonché partecipazione e inclusione sociale¹¹.

Le cure domiciliari rivestono un ruolo fondamentale nell'attuazione di tale principio, garantendo la continuità delle cure e la tutela della salute in una duplice prospettiva, sanitaria e sociale¹², prevenendo fenomeni di marginalizzazione della persona e la relativa perdita di autonomia. La protezione della persona fragile non si limita, dunque, all'adempimento di obblighi sanitari, bensì si configura come una condizione necessaria per garantire l'effettività della dignità riconosciuta dall'ordinamento.

All'interno del sistema costituzionale italiano, la protezione delle persone anziane è disciplinata da un insieme di norme che, sebbene non dispongano un quadro normativo

⁵ Sul tema, si veda M. INTERLANDI, *Protezione sociale ed equilibrio intergenerazionale*, in *Diritto e società*, 1, 2022, pp. 73-111.

⁶ P. BILANCIA, *La tutela della persona anziana nello Stato democratico sociale*, in L. CASSETTI, A. PAPA, F.G. PIZZETTI (a cura di), *Le persone anziane tra vulnerabilità, vita attiva e inclusione sociale. Quale tutela giuridica?*, Torino, Giappichelli, 2026, pp. 3-14.

⁷ In tal senso, si rinvia a L. CASSETTI, *Le coordinate costituzionali dell'Ageing: sostenibilità e solidarietà tra le generazioni*, in L. CASSETTI, A. PAPA, F.G. PIZZETTI (a cura di), *Le persone anziane tra vulnerabilità, vita attiva e inclusione sociale. Quale tutela giuridica?*, Torino, Giappichelli, 2026, pp. 15-32, spec. pp. 28 ss.

⁸ M. BELLOCCI, P. PASSAGLIA (a cura di), *La tutela dei «soggetti deboli» come esplicazione dell'istanza solidaristica nella giurisprudenza costituzionale*, in *Corte costituzionale – Studi e ricerche*, 2006; M. AINIS, *I soggetti deboli nella giurisprudenza costituzionale*, in *Politica del diritto*, 30, 1, 1999, pp. 25 ss.; C. PICCOCCHI, *La dignità come rappresentazione giuridica della condizione umana*, Padova, Cedam, 2013; S. RODOTÀ, *La rivoluzione della dignità*, Napoli, La scuola di Pitagora, 2013.

⁹ Cfr. A. RUGGERI, *Appunti per uno studio su anziani e Costituzione*, in *Dirittifondamentali.it*, 3, 2025, p. 71; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milano, Giuffrè, 2002, pp. 36 ss. e 164 ss.

¹⁰ Cfr. Corte cost., 16 dicembre 2016, n. 275.

¹¹ B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, 1983, n. 1, pp. 21 ss.

¹² M. COCCONI, *Il diritto alla tutela della salute*, Padova, Cedam, 1998, pp. 43 ss.

organico, impongono alla Repubblica un dovere attivo di tutela e promozione della cura dei bisogni inerenti a tali fasce di popolazione.

Come accennato, la rilevanza costituzionale della protezione delle persone anziane non autosufficienti discende dall'interazione tra disposizioni dotate di un distinto ambito pre-cettivo. L'art. 2 Cost. fonda i doveri di solidarietà; l'art. 3, secondo comma, affida alla Repubblica il compito di rimuovere gli ostacoli che limitano l'eguaglianza sostanziale; l'art. 32 tutela la salute; l'art. 38 riconosce il diritto all'assistenza sociale. È dalla loro lettura coordinata, e non dall'estensione del solo diritto alla salute, che deriva l'esigenza di predisporre interventi sanitari e sociali adeguati alla condizione di non autosufficienza. La disciplina e gli atti di programmazione sono inoltre orientati, sul versante organizzativo, dai canoni di buon andamento e imparzialità stabiliti dall'art. 97 Cost.¹³.

Questi principi, applicabili a ogni attività che costituisca espressione della funzione pubblica, assumono un valore particolarmente rilevante nell'ambito dell'erogazione di servizi di sanità pubblica¹⁴, dove l'efficienza e l'efficacia degli interventi non possono condurre a discriminazioni nei confronti delle persone beneficiarie di tali prestazioni¹⁵. I principi suddetti fungono da orientamento per l'azione amministrativa, promuovendo modelli di intervento che garantiscano una presa in carico efficace e integrata dei bisogni complessi, assicurando al contempo un'azione efficiente e orientata al perseguimento del massimo livello di integrità. È inoltre opportuno sottolineare che, come ci ricorda il Giudice delle leggi nel 2013¹⁶, l'attività sanitaria e socio-assistenziale rivolta agli anziani non autosufficienti è stata qualificata come componente essenziale dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), che lo Stato è tenuto a garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. La riconduzione di tali prestazioni ai livelli essenziali comporta, inoltre, che il relativo fabbisogno sia individuato e rappresentato distintamente nella programmazione finanziaria, senza confonderlo con le spese sanitarie suscettibili di essere modulate in funzione della sostenibilità economica¹⁷. Su queste premesse, la pubblica amministrazione della sanità si pone come il fulcro del sistema di protezione, non solo per garantire l'erogazione di prestazioni essenziali, ma anche per promuovere una gestione amministrativa che sia in grado di identificare accuratamente i bisogni, valutare le condizioni di fragilità e attivare percorsi di cura personalizzati. La funzione amministrativa non può infatti esaurirsi in un approccio prestazionale e

¹³ Ex multis F. MERLONI, *Organizzazione amministrativa e garanzie dell'imparzialità. Funzioni amministrative e funzionari alla luce del principio di distinzione tra politica e amministrazione*, in *Diritto pubblico*, 2009, n. 1, pp. 57-100, spec. p. 60.

¹⁴ In tal senso, si veda A. PIOGGIA, *Servizi e disservizi. Piccolo contributo alla ricerca del senso pubblico del servizio*, in *Costituzionalismo.it*, 2017, n. 1, pp. 1-26.

¹⁵ Cfr. TAR Napoli, sez. VI, sent. 13 maggio 2025, n. 3739.

¹⁶ Corte cost. 8 marzo 2013, n. 36.

¹⁷ Cfr. Corte cost., 10 aprile 2020, n. 62; C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, Bononia University Press, 2008.

frammentato¹⁸, ma deve realizzarsi mediante una dimensione concreta e programmatica, fondata su strumenti di pianificazione integrata tra ambito sanitario e sociale, sul coordinamento multilivello tra Stato, regioni ed enti locali e sulla gestione unitaria dei servizi territoriali¹⁹.

Nelle situazioni di non autosufficienza, in particolare, la pubblica amministrazione è tenuta a predisporre modelli di continuità della presa in carico che comprendano valutazioni multidimensionali, interventi domiciliari, sostegni economici mirati, servizi diurni e residenziali, oltre a misure di supporto per le famiglie e per i caregiver. La logica sottostante è quella di una responsabilità pubblica che opera per superare le disuguaglianze territoriali, prevenire la marginalità e garantire che l'invecchiamento sia una fase della vita protetta da un sistema amministrativo efficiente, volto alla cura, attento e orientato alla più concreta qualità dell'esistenza. Nel contesto delineato, il rapporto tra cura²⁰ e doverosità della funzione amministrativa²¹ assume una valenza cruciale quando l'intervento dell'amministrazione sanitaria si rivolge agli anziani in condizione di non autosufficienza. La continuità e la complessità dei loro bisogni impongono una responsabilità pubblica che non può essere circoscritta alla semplice erogazione di una singola prestazione.

L'approccio di cura diviene qui espressione qualificata della funzione amministrativa, poiché l'obbligo di garantire l'effettività dei diritti sociali si traduce nella necessità di predisporre un sistema di protezione capace di assicurare sostegni continuativi, calibrati sulla gravità del bisogno e fondati su una presa in carico globale²². Gli enti del Servizio sanitario nazionale devono esercitare le proprie competenze in modo rigoroso, attivando procedure di valutazione, coordinando interventi sanitari e sociali, garantendo l'accesso ai livelli essenziali di assistenza e predisponendo misure adeguate. Tale doverosità amministrativa diventa, quindi, una condizione di legittimazione e un parametro di efficienza dell'azione amministrativa, che impone di considerare il bisogno degli anziani non autosufficienti come un obiettivo primario della sanità pubblica.

La doverosità dell'intervento pubblico non esclude il concorso delle formazioni sociali e degli enti del Terzo settore, ma ne delimita il significato. Il loro coinvolgimento, riconducibile ai principi di solidarietà e di sussidiarietà orizzontale di cui agli artt. 2 e 118, quarto comma, Cost., può concorrere alla costruzione di risposte prossime ai contesti di vita della persona, senza trasferire sui soggetti sociali la responsabilità istituzionale di garantire le

¹⁸ In merito a ciò, si veda A. ALBANESE, *Diritto all'assistenza e servizi sociali. Intervento pubblico e attività dei privati*, Milano, Giuffrè, 2007, pp. 75 ss.

¹⁹ Si veda D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori. Questioni costituzionali nel rapporto Stato-Regioni*, Torino, Giappichelli, 2025.

²⁰ Cfr. A. PIOGGIA, *Cura e pubblica amministrazione: come il pensiero femminista può cambiare in meglio le nostre amministrazioni*, Il Mulino, Bologna, 2024.

²¹ F. GOGGIAMANI, *La doverosità della pubblica amministrazione*, Torino, Giappichelli, 2005.

²² Si veda R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in S. Cassese (diretto da), *Dizionario di diritto pubblico*, vol. VI, Milano, Giuffrè, 2006, pp. 5393 ss.

prestazioni²³. Più che di una responsabilità indistinta della comunità, deve dunque parlarsi di una cooperazione organizzata, governata dall'amministrazione e inserita entro un sistema pubblico di garanzie.

La rete delle garanzie può essere integrata anche da organismi regionali appositamente istituiti al fine di promuovere e tutelare i diritti delle persone anziane, a condizione che le relative funzioni non si sovrappongano a quelle delle amministrazioni titolari dei servizi²⁴. L'effettività dei diritti sociali e sanitari non può, in effetti, essere garantita esclusivamente a livello centrale, ma richiede una cooperazione sistemica tra Stato, Regioni, enti locali e aziende sanitarie, ciascuno chiamato a operare nel rispetto delle proprie competenze, ma all'interno di un modello integrato di governance capace di assicurare continuità, equità e qualità delle prestazioni. A questa dimensione istituzionale si affianca il contributo imprescindibile del settore privato e del Terzo settore, che intervengono attraverso servizi complementari, progetti partecipativi e forme di sostegno capaci di raggiungere ambiti e bisogni non sempre coperti dalla sola struttura pubblica.

La sinergia tra pubblico, privato e comunità assume la funzione di una necessità organizzativa per fronteggiare la crescente complessità dei bisogni delle persone anziane e non autosufficienti, per ridurre le disuguaglianze territoriali, per sostenere la capacità operativa del Servizio sanitario nazionale e dei servizi sociali²⁵ e, infine, per promuovere un'assistenza capace di farsi carico della persona nel suo complesso²⁶. La gestione integrata di queste funzioni diventa, dunque, un banco di prova per l'efficienza della sanità pubblica e, più in generale, per la tenuta del sistema democratico, poiché la cura delle persone più fragili rappresenta un indicatore tangibile della qualità democratica e della responsabilità delle istituzioni verso i bisogni sociali. L'attenzione verso queste categorie diviene così una misura della capacità della Repubblica e dell'intera società di tradurre i principi costituzionali di solidarietà, uguaglianza sostanziale e tutela della dignità della persona in azioni e misure concrete, efficaci e continuative, conferendo alla presa in carico un ruolo di centrale importanza nell'architettura complessiva dell'ordinamento democratico.

Su queste premesse, negli ultimi decenni, l'analisi del rapporto tra anziani in condizione di non autosufficienza e servizi offerti dalle pubbliche amministrazioni evidenzia come la maggiore efficienza percepita e la più incisiva risposta ai bisogni di questa categoria siano state registrate nell'ambito delle funzioni previdenziali e pensionistiche, anziché in quello socio-sanitario. Pur in presenza di interventi sanitari rilevanti, le riforme hanno considerato

²³ Sul tema, si veda G.U. RESCIGNO, *Principio di sussidiarietà orizzontale e diritti sociali*, in *Diritto pubblico*, 2002, n. 1, pp. 5 ss., spec. pp. 34-44.

²⁴ Sul punto, si rinvia a N. MACCABIANI, *Il Garante per i diritti delle persone anziane in Lombardia*, in *Le Regioni*, 2026, n. 1, pp. 143-154.

²⁵ Cfr. M. BOMBARDELLI, *Il rapporto con il terzo settore e le trasformazioni dell'organizzazione amministrativa*, in *Istituzioni del federalismo: rivista di studi giuridici e politici*, 3, 2022, pp. 573-599.

²⁶ Si veda A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, 2024.

in modo solo parziale le esigenze delle persone non autosufficienti, introducendo misure assistenziali frammentarie e non sempre idonee a garantire una tutela stabile e adeguata²⁷. La conoscenza delle caratteristiche e dell'evoluzione della non autosufficienza costituisce un presupposto indispensabile per l'esercizio delle funzioni di programmazione, regolazione e coordinamento interistituzionale spettanti, secondo le rispettive competenze, allo Stato, alle regioni e agli enti territoriali nella definizione di modelli integrati di assistenza domiciliare (ADI). È in queste dinamiche che l'ADI assume un ruolo fondamentale nell'attuazione del diritto alla salute degli anziani non autosufficienti. Attraverso l'ADI, si può dare concreta attuazione all'obbligo costituzionalmente previsto di rimuovere le situazioni di bisogno che incidono sull'integrità fisica, psichica e relazionale degli anziani²⁸. La sua posizione centrale è determinata dalla capacità di integrare le prestazioni sanitarie e gli interventi di sostegno in un percorso unitario di presa in carico.

L'integrazione dei servizi consente di ricondurre anche condizioni quali l'isolamento e la fragilità nell'ambito della tutela sanitaria, qualificandole come fattori strutturali del benessere complessivo. Il modello di intervento proposto si basa su un approccio domiciliare, che garantisce il rispetto dei diritti fondamentali e previene l'aggravamento delle condizioni di vulnerabilità.

2. L'integrazione promessa: riforma della non autosufficienza e nuova sanità territoriale

2.1. Dalla convergenza normativa al raccordo organizzativo

Il modello di sanità territoriale delineato dalla Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)²⁹ e la riforma dell'assistenza alle persone anziane introdotta dalla legge 23 marzo 2023, n. 33³⁰, cui ha dato attuazione il d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29, hanno ormai superato la fase della sola definizione normativa. Il d.m. 23 maggio 2022, n. 77 ha delineato gli standard dell'assistenza territoriale, mentre la legislazione successiva sulla non autosufficienza ha regolato gli strumenti di governo, valutazione e presa in carico della popolazione anziana.

L'avvio della loro implementazione consente di spostare l'analisi dal disegno astratto delle riforme alla verifica dei primi risultati, valutando se la contestuale operatività dei due interventi abbia effettivamente ridotto la separazione tra assistenza sanitaria e sociale.

²⁷ C. GIORGI, *Riforme e controriforme della sanità italiana*, in *Democrazia e diritto*, 3, 2021, pp. 74-88.

²⁸ E. VIVALDI, *I servizi sociali e le Regioni*, Torino, Giappichelli, 2008, pp. 25 ss.

²⁹ Diffusamente su questo tema, si veda A. PIOGGIA, M. GOLA, M. A. SANDULLI, F. APERIO BELLA (a cura di), *Il nuovo disegno della sanità italiana. Territorialità, domiciliarità e telemedicina nell'attuazione del PNRR*, Torino, Giappichelli, 2026.

³⁰ Cfr. T. ANDREANI, *L'assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti: prime considerazioni d'insieme intorno alla legge delega 33 del 2023*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2024, pp. 207-237.

La riforma della non autosufficienza (legge n. 33/2023) e l'assetto dell'ADI del PNRR risultano collegati per due motivi principali. Innanzitutto, l'art. 4 della legge stabilisce la necessità di coordinare gli interventi per le persone non autosufficienti con l'organizzazione dell'assistenza territoriale, promuovendo una presa in carico non frammentata e continuativa, in coerenza con modelli integrati sociosanitari³¹. Tuttavia, se interpretata secondo la prospettiva dell'integrazione sociosanitaria, la suddetta riforma appare sbilanciata verso interventi di carattere sociale³², con marginalizzazione della componente sanitaria. Tale impostazione può però compromettere l'efficacia dei percorsi di cura, soprattutto per gli anziani non autosufficienti, per i quali l'assistenza sanitaria resta indispensabile.

La compresenza di queste due direttrici ha dato luogo, anche sulle pagine di questa Rivista, a valutazioni non del tutto coincidenti. Se, da un lato, è stato posto in evidenza il tentativo della legge n. 33 del 2023 di costruire un sistema di assistenza continuativa e integrata, dall'altro, l'analisi del decreto attuativo ha mostrato la persistenza di una pluralità di accessi, servizi e responsabilità amministrative non ricondotti a un procedimento effettivamente unitario. La seconda lettura appare condivisibile nella misura in cui segnala che l'integrazione non può essere desunta dalla sola convergenza delle finalità normative, ma deve essere verificata sul terreno dell'organizzazione, dell'attivazione congiunta dell'ADI e dei servizi sociali e dell'individuazione del soggetto responsabile della continuità del percorso³³.

L'implementazione graduale dell'ADI ha iniziato a svolgere la funzione riequilibratrice descritta, ampliando significativamente la gamma di persone anziane che beneficiano delle prestazioni domiciliari. Nonostante ciò, non è stato possibile determinare, almeno in modo uniforme, la costruzione di un percorso unitario con gli interventi sociali previsti dalla riforma della non autosufficienza. I primi dati impongono, quindi, di non confondere l'estensione della copertura sanitaria con la costruzione di una presa in carico integrata. L'aumento delle prestazioni domiciliari acquista rilievo per la riforma soltanto quando l'organizzazione riesce a commisurarne intensità e continuità alla complessità del bisogno³⁴. La legge del 2023 definisce anche i criteri per la costruzione di un sistema organico per la popolazione anziana non autosufficiente, attribuendo un ruolo centrale al processo di

³¹ Sul tema F. PARUZZO, *Integrazione socio-sanitaria e "libertà dal bisogno". Problemi e prospettive in riferimento alla disciplina delle persone non autosufficienti*, in *Questa Rivista*, 2022, n. 3, pp. 617-650, spec. pp. 627 ss.

³² A. PIOGGIA, *L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella legge delega 33 del 2023: una "pericolosa" risposta sociale alle carenze del sistema sanitario?*, in *Sistema Salute*, 68, 1, 2024, pp. 53-64.

³³ Cfr., secondo prospettive in parte differenti, 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, pp. 207-237; F. CEMBRANI, T. VECCHIATO, D. DE LEO, M. TRABUCCHI, *Le politiche a favore degli anziani non autosufficienti. Molti gli annunci, troppi i rinvii e davvero riservate a pochissime persone le nuove tutele*, ivi, pp. 535-552.

³⁴ Cfr. F. SCARLATTI, *L'integrazione sociosanitaria: la tutela del diritto alla salute e al benessere tra riforma costituzionale ed esigenze di governance locale*, in E. Rossi (a cura di), *Diritti di cittadinanza e nuovo welfare della Toscana*, Padova, Cedam, 2004, pp. 228 ss.

valutazione multidimensionale e alla progettazione assistenziale personalizzata³⁵. Il progetto individuale non può essere considerato unicamente come la somma dei singoli piani settoriali, ma deve garantire l'erogazione organica e continuativa degli interventi multidisciplinari necessari per rispondere ai bisogni della persona³⁶.

È proprio su questo terreno che il disegno del PNRR trova un naturale punto di innesto con la riforma della non autosufficienza. Le strutture della sanità territoriale, le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali e l'ADI, rappresentano infatti l'infrastruttura organizzativa attraverso cui anche i principi della legge n. 33/2023 sono chiamati a tradursi in azioni e servizi concretamente esigibili³⁷.

Dal punto di vista normativo, ciò che emerge è una tendenza alla ridefinizione della non autosufficienza non più come un settore secondario dell'intervento assistenziale, quanto piuttosto come un'area di diritti sociali complessi, la cui concreta attuazione risulta condizionata dalla capacità delle amministrazioni di armonizzare discipline e strumenti operativi. Il collegamento tra PNRR e legge n. 33/2023 assume dunque un valore sistemico: da un lato, il PNRR fornisce risorse e standard organizzativi necessari per il sistema sanitario territoriale; dall'altro, la riforma della non autosufficienza ne orienta l'utilizzo verso approcci di presa in carico non frammentata e personalizzata, evidenziando come il successo dell'intero impianto dipenda dall'effettivo connubio tra programmazione, attuazione e tutela concreta dei diritti delle persone non autosufficienti³⁸.

La riforma della non autosufficienza e il potenziamento dell'ADI promosso dal PNRR trovano un altro punto di congiunzione nell'ottica dell'assistenza a lungo termine (*long-term care*)³⁹, concetto ormai centrale nelle politiche sociosanitarie europee e internazionali⁴⁰.

In ambito europeo, con il Principio 18 del Pilastro europeo dei diritti sociali⁴¹ e la Raccomandazione del Consiglio dell'Unione europea del 2022⁴², l'assistenza a lungo termine è definita come l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie erogate per quelle persone che, a causa di fragilità o disabilità persistenti, dipendono da un aiuto per l'esecuzione delle

³⁵ In realtà, la valutazione multidimensionale e il progetto personalizzato non nascono con la legge n. 33 del 2023, ma si innestano in una traiettoria normativa precedente. In tal senso, si veda A. BIANCO, *Commento all'art. 3-septies*, in F. ROVERSI MONACO (a cura di), *Il nuovo Servizio sanitario nazionale*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2000, pp. 154 ss.

³⁶ Cfr. TAR Valle d'Aosta, 14 gennaio 2019, n. 2.

³⁷ R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *questa Rivista*, 2022, n. 2, pp. 461-473.

³⁸ G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in *Corti supreme e salute*, 2022, n. 2, pp. 495 ss., spec. pp. 498-513.

³⁹ European Commission, *Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society*, Volume I. Brussels, Publications Office of the European Union, 2021; WHO, *Long-term care for older people: package for universal health coverage*, Geneva, World Health Organization, 2024.

⁴⁰ F. PESARESI, *L'assistenza a lungo termine (Long-Term Care) in Germania*, in *I Luoghi della Cura*, 2026, n. 1.

⁴¹ Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni Istituzione di un pilastro europeo dei diritti sociali (COM/2017/0250 final).

⁴² Raccomandazione del Consiglio dell'8 dicembre 2022 relativa all'accesso a un'assistenza a lungo termine di alta qualità e a prezzi accessibili (2022/C 476/01).

attività quotidiane. Tali linee di indirizzo raccomandano agli Stati membri di assicurare accesso tempestivo e qualità elevata dei servizi di assistenza a lungo termine, di ampliare l'offerta di servizi professionali comprensivi di assistenza domiciliare, comunitaria e residenziale e di colmare le disuguaglianze territoriali nell'accesso alle cure, nonché di sostenere i caregiver formali e informali.

La riforma della non autosufficienza e il potenziamento dell'ADI perseguono, pertanto, l'obiettivo indicato a livello europeo di sostituire l'erogazione episodica delle prestazioni con un percorso assistenziale coordinato e continuativo. La prima attuazione delle riforme conferma la centralità del Punto unico di accesso, della valutazione multidimensionale e del Piano assistenziale individualizzato (PAI). Tali istituti, già presenti nella disciplina sociosanitaria, sono stati collocati al centro dei rispettivi modelli di presa in carico dal d.m. n. 77 del 2022 e dal d.lgs. n. 29 del 2024. La presenza dei medesimi istituti nei due modelli non ha però prodotto un procedimento unitario, né ha chiarito quale amministrazione debba governare l'intero percorso. L'integrazione continua a essere subordinata alla concreta composizione delle équipes, al raccordo tra Ambito territoriale sociale e Distretto sanitario e all'interoperabilità dei sistemi informativi. Le evidenze raccolte dall'OCSE mostrano che, nonostante la diffusione di strumenti regionali di governance integrata, undici dei diciotto territori esaminati ritengono che il coordinamento tra ADI e Servizio di assistenza domiciliare possa essere ampiamente migliorato. Infatti, soltanto sei regioni utilizzano il case manager per sostenere l'unitarietà della presa in carico.

La riforma ha pertanto consolidato gli aspetti formali dell'integrazione, ma non ha ancora uniformemente costruito le relazioni organizzative necessarie al loro funzionamento⁴³.

2.2. La territorialità sanitaria come infrastruttura della domiciliarità

Nell'assistenza domiciliare la Missione 6⁴⁴ ha già prodotto risultati misurabili⁴⁵. In base al monitoraggio AGENAS effettuato nel marzo 2026, nel corso dell'anno 2025 sono stati presi in carico 1.625.785 assistiti con età superiore a sessantacinque anni, a fronte di un obiettivo fissato a 1.496.417 persone. La copertura ha raggiunto l'11,3 per cento della popolazione anziana, corrispondente al 115,2 per cento del valore atteso, formalmente conseguendo il target M6C1-6⁴⁶.

Il conseguimento del target mostra che l'ADI è ormai una componente operativa dell'assistenza territoriale, non dimostra, invece, che la riorganizzazione sia compiuta. L'indicatore utilizzato misura il numero di individui che, nel corso dell'anno, hanno ricevuto una o

⁴³ OCSE, *Verso un'integrazione strutturata e sistemica delle cure domiciliari per non autosufficienti in Italia*, Parigi, OECD Publishing, 2025, spec. cap. 4, pp. 41 ss.

⁴⁴ Sul punto A. PIOGGIA, *La sanità nel Piano nazionale di ripresa e resilienza*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2022, n. 2, pp. 165 ss.

⁴⁵ AGENAS, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio del d.m. n. 77 del 2022. Il semestre 2025*, Roma, 2026.

⁴⁶ AGENAS, *Monitoraggio Assistenza domiciliare. Investimento M6C1-1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)"*, dati relativi all'anno 2025, rilevati nel marzo 2026.

più prestazioni domiciliari. Tale indicatore, però, non offre la possibilità di ricostruire la durata della presa in carico, l'intensità assistenziale, la composizione professionale degli interventi e il loro raccordo con i servizi sociali, se esaminato in modo isolato⁴⁷. Il successo quantitativo deve quindi essere valutato insieme alla capacità dell'organizzazione di garantire continuità e appropriatezza delle cure.

Questo distinguo assume particolare rilevanza per l'analisi giuridica di tali fenomeni. L'indicatore concordato in sede europea è diretto a verificare la conformità con gli obblighi assunti in sede di PNRR. L'effettività del diritto alla salute, d'altro canto, dipende in misura significativa dall'adeguatezza delle prestazioni domiciliari ai bisogni individuali delle persone⁴⁸. Il conseguimento del primo risultato non esonera dalla verifica del secondo, né consente di risolvere le disuguaglianze che persistono nella durata e nell'intensità dell'assistenza erogata nei diversi territori.

I primi risultati documentano l'avanzamento della riforma, ma rendono anche evidente quanto sia riduttivo misurarla attraverso i soli obiettivi del PNRR⁴⁹. L'Ufficio parlamentare di bilancio ha osservato che il rispetto delle scadenze e la realizzazione degli investimenti non garantiscono la piena operatività dei nuovi servizi territoriali. A tale variabilità nell'implementazione regionale si aggiungono la carenza di personale sanitario, in particolare infermieristico e medico, e il rischio che il completamento delle strutture non sia accompagnato dalla disponibilità delle competenze necessarie per il loro funzionamento ottimale⁵⁰. Per l'ADI, che si realizza principalmente attraverso attività professionali e relazioni organizzative, la sostenibilità post-PNRR dipende in gran parte dalla capacità ordinaria del Servizio sanitario nazionale di finanziare, organizzare e coordinare stabilmente tali risorse. La Missione 6 del PNRR deve essere letta congiuntamente con la Missione 5⁵¹, poiché il disegno complessivo attribuisce all'integrazione socio-sanitaria una funzione strutturale e non ausiliaria, elevandola a criterio ordinante dell'intervento pubblico nei confronti delle persone anziane e non autosufficienti⁵². Si rende pertanto necessario verificare il raccordo funzionale tra Centrali operative territoriali, Case della comunità e ADI, dal quale dipende la continuità tra valutazione del bisogno, presa in carico ed erogazione delle prestazioni nel territorio di residenza della persona assistita.

⁴⁷ In tal senso, si rinvia a F.G. Cuttaia, *La riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione*, in *Federalismi.it*, 2022, n. 23, pp. 72 ss.

⁴⁸ Cfr. M. TRAPANI, *Il sistema delle conferenze e il regionalismo dimezzato. Il difficile rapporto tra PNRR e Regioni alla luce delle recenti evoluzioni normative*, in *Rivista AIC*, 2021, n. 4, pp. 179 ss.; E. CAVASINO, *L'esperienza del PNRR. Le fonti del diritto dal policentrismo alla normazione euro-governativa*, in *Rivista AIC*, 2022, n. 3, pp. 247 ss.

⁴⁹ F. PESARESI, *Durata ed intensità dell'assistenza domiciliare in Italia e in Europa*, in *I Luoghi della Cura*, 2026, n. 2.

⁵⁰ Ufficio parlamentare di bilancio, *Il PNRR e la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale*, Focus tematico n. 3, 22 maggio 2025, pp. 33 ss.

⁵¹ Sul tema, si veda F. BIONDI, *Per un sistema integrato di interventi e servizi sociali. Sfide e prospettive nel quadro del PNRR e dopo vent'anni dall'approvazione della l. 328/2000*, in *Le Regioni*, 1, 2021, 779 ss.

⁵² D. CALDIROLA, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *Jus-Online*, 2022, n. 5, pp. 161 ss.

Nel momento in cui una persona anziana viene dimessa da una struttura ospedaliera e rientra presso il proprio domicilio, si apre una fase particolarmente delicata del percorso di cura, nella quale la continuità assistenziale assume una rilevanza giuridica e organizzativa di fondamentale importanza⁵³. Tale passaggio, tradizionalmente caratterizzato da disallineamenti tra il livello ospedaliero e quello territoriale, è oggetto di specifica attenzione nel PNRR, che interviene proprio per ridurre il rischio di interruzioni assistenziali, ricoveri impropri e riacutizzazioni cliniche, soprattutto con riferimento agli anziani in condizione di non autosufficienza. Il Piano prevede, in questo senso, un rafforzamento dei meccanismi di dimissione protetta e di presa in carico precoce, affidando alle strutture della sanità territoriale, in particolare alle Centrali Operative Territoriali, in raccordo funzionale con le Case della comunità e con l'ADI, il compito di garantire la continuità del percorso assistenziale una volta conclusa la fase acuta⁵⁴. Sul piano organizzativo, ne dovrebbe conseguire il superamento della logica episodica, a favore di una presa in carico completa e programmata, nella quale la dimissione dall'ospedale non segna la cessazione della tutela pubblica della salute, ma ne ridefinisce le modalità di adempimento in coerenza con i livelli essenziali di assistenza e con i principi di appropriatezza e prossimità delle cure. Un rientro governato può ridurre eventi avversi, nuove ospedalizzazioni e impiego improprio delle risorse ospedaliere. Se i servizi territoriali non vengono attivati in tempo e in modo coordinato, la stessa dimissione protetta perde però la sua funzione di garanzia. In assenza di una definizione precisa del percorso assistenziale e di una pianificazione dettagliata degli interventi domiciliari, il passaggio dall'ospedale al domicilio può comportare un sostanziale trasferimento dell'onere assistenziale sulle famiglie, con conseguente impatto sulla qualità e sulla continuità delle cure.

Il PNRR, pur delineando un modello volto a prevenire tali criticità, rimette in larga misura la sua concreta efficacia alla capacità delle regioni e delle aziende sanitarie di rendere operativi i meccanismi di coordinamento e integrazione previsti, facendo di questa fase di transizione uno dei principali banchi di prova della riforma della sanità territoriale.

Le Case della comunità, disciplinate dal d.m. 23 maggio 2022, n. 77, nell'ambito della Missione 6 del PNRR, si presentano come uno strumento potenzialmente idoneo⁵⁵ a rispondere ai bisogni degli anziani in condizione di non autosufficienza, attraverso un modello di assistenza territoriale integrata e multidimensionale. Esse mirano a superare la frammentazione degli interventi mediante l'integrazione funzionale tra medicina generale, assistenza infermieristica di comunità, specialistica ambulatoriale e servizi sociali, assicurando la valutazione multidimensionale del bisogno e l'attivazione di percorsi assistenziali personalizzati.

⁵³ M. GREZZANA, G. CECCHINI, C. PAVAN, *Ospedale a domicilio: la nuova frontiera dell'integrazione ospedale-territorio*, in *I Luoghi della Cura*, 2026, n. 3.

⁵⁴ A. BRAMBILLA, G. MACIOCCO, *Dalle Case della Salute alle Case della Comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale*, Roma, Carocci, 2022.

⁵⁵ Camera dei deputati, XVIII legislatura, *Documentazione e ricerche*, n. 144, 1° marzo 2021, *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, 2021.

Le Case della comunità si inseriscono nella rete territoriale in raccordo con il Punto unico di accesso⁵⁶ e con le strutture competenti per la valutazione multidimensionale⁵⁷. Nondimeno, permangono rilevanti criticità attuative, connesse all'adeguatezza delle condizioni strutturali, organizzative e professionali necessarie al pieno funzionamento del modello⁵⁸, criticità che richiamano le esperienze disomogenee delle precedenti Case della salute⁵⁹ e impongono una valutazione prudente della sua effettiva capacità trasformativa⁶⁰.

Le Case della comunità possono inoltre offrire una sede istituzionale alla partecipazione del Terzo settore e delle comunità territoriali. Questa apertura amplia le risorse progettuali e relazionali disponibili, ma rende ancora più necessaria la chiara individuazione delle responsabilità pubbliche. L'amministrazione condivisa può arricchire la capacità progettuale e relazionale dei servizi, ma non può trasformare la sussidiarietà orizzontale in un criterio di sostituzione delle prestazioni dovute né rendere incerta l'amministrazione tenuta a garantire la continuità della presa in carico⁶¹.

Il quadro delineato evidenzia la necessità di inserire la persona anziana non autosufficiente in un percorso unitario, nel quale la continuità delle cure rappresenta un elemento fondamentale per garantire l'effettività del diritto alla salute⁶².

L'unitarietà del percorso non discende, tuttavia, dalla sola previsione normativa, ma richiede la preventiva programmazione e il coordinamento degli interventi.

È proprio in questo passaggio, dall'enunciazione astratta del principio di continuità assistenziale alla sua concreta traduzione in percorsi di cura coordinati e personalizzati, che si misura la reale portata innovativa del PNRR e, al contempo, la sua maggiore complessità attuativa a livello regionale⁶³.

⁵⁶ F. PESARESI, *Il Punto Unico di Accesso (PUA): il quadro nazionale*, in *I Luoghi della Cura*, 2026, n. 3.

⁵⁷ Cfr. F. PIZZOLATO, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in *Dirittifondamentali.it*, 1, 2022, pp. 421-446.

⁵⁸ Cfr. L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *Federalismi. it*, 26, 2023, pp. 18-39.

⁵⁹ Si consulti il rapporto Crea sanità, *Case della salute e presidi territoriali di assistenza. Lo stato dell'arte*, 2020.

⁶⁰ S. BUOSO, *La Casa della Comunità: un modello (per ora incompiuto) di professionalità collaborativa*, in *Lavoro e diritto*, 38, 3, 2024, pp. 459-482.

⁶¹ E. GUERRIERI, *Le forme attuative della sussidiarietà orizzontale nella riforma dell'assistenza territoriale: le "Case della comunità" e il ricorso all'amministrazione condivisa*, in *Corti supreme e salute*, 2026, nn. 1-2, pp. 117-140.

⁶² V. FRISARDI, *Modelli di multidisciplinarietà ed esperienze a confronto: pratiche collaborative per intercettare la fragilità tra limiti e prospettive*, in *I Luoghi della Cura*, 2026, n. 3.

⁶³ C. GORI, *La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti*, in *Politiche sociali*, 3, 2023. V. BURATTI, *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali*, in *CERIDAP*, 2025, n. 2; S.R. VINCETI, *Le Case della Comunità al centro della nuova assistenza territoriale: esigenze di coordinamento e impiego dei medici di medicina generale*, in *Corti supreme e salute*, 2023, n. 1, pp. 1 ss.

3. L'ADI oltre i target: contenuti e attori della presa in carico

L'ADI nel quadro del PNRR trova il proprio fondamento nella Missione 6, Componente 1, e in particolare nell'investimento denominato «*Casa come primo luogo di cura*». L'intervento si prefigge di contribuire alla riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale, potenziando l'assistenza territoriale e domiciliare e riducendo il ruolo dell'ospedale come unico punto di riferimento per le risposte ai bisogni di salute.

Le prestazioni domiciliari erano già presenti nell'ordinamento sanitario, il PNRR ne modifica piuttosto la posizione nel sistema⁶⁴, facendone una componente ordinaria della risposta alla cronicità e alla fragilità. La novità risiede quindi nella funzione organizzativa attribuita all'ADI entro la rete territoriale⁶⁵, non nella sua istituzione⁶⁶.

All'interno di tale impianto, gli anziani in condizione di non autosufficienza occupano una posizione decisiva, in quanto destinatari privilegiati di interventi caratterizzati da elevata intensità assistenziale⁶⁷ e da una forte integrazione tra dimensione sanitaria e sociosanitaria. Nondimeno, l'assetto così potenziato non assorbe l'intero spettro delle risposte domiciliari⁶⁸, ma piuttosto coesiste con forme di assistenza domiciliare non incluse nel PNRR (Cure palliative) e con servizi di assistenza domiciliare di competenza comunale, come il Servizio di assistenza domiciliare, che sono regolati da logiche e finanziamenti diversi. L'ADI rappresenta un dispositivo organizzativo centrale nel sistema di tutela della non autosufficienza, in quanto realizza l'integrazione funzionale tra prestazioni sanitarie e interventi sociali. Essa comprende prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e sociosanitarie erogate al domicilio, alle quali possono affiancarsi tecnologie di telemedicina, teleassistenza e telemonitoraggio⁶⁹. I servizi sociali di aiuto alla persona, pur esterni al nucleo sanitario dell'ADI, devono essere coordinati con essa nell'ambito della valutazione multidimensionale e del PAI.

⁶⁴ R. BALDUZZI, *Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia: le "lezioni" di alcuni Piani nazionali di ripresa e resilienza*, in *DPCE Online*, 2023, n. 1, pp. 399 ss.; L. CHIEFFI, *Una nuova stagione per i diritti sociali? La spinta offerta dal Recovery Fund per il rilancio del welfare sanitario*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2021, n. 4, pp. 3-9.

⁶⁵ COSÌ F. FOGLIETTA, *Le diverse modalità di lettura della territorialità*, in C. BOTTARI (a cura di), *L'assistenza territoriale. Nuova centralità dei sistemi sanitari*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2022, pp. 9 ss.

⁶⁶ F. GIGLIONI, *L'organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, in *Costituzionalismo.it*, 2020, n. 2, pp. 99-125.

⁶⁷ I livelli di ADI I, II e III sono correlati a indicatori quali il coefficiente di intensità assistenziale (CIA), che esprime il rapporto tra le giornate di effettiva assistenza e la durata della presa in carico. Sui livelli di intensità delle cure domiciliari e sul CIA, v. d.P.C.M. 12 gennaio 2017, Allegato 1, art. 22.

⁶⁸ Su questo concetto si veda N. VETTORI, *Persona e diritto all'assistenza*, in *Diritto pubblico*, 2016, n. 1, pp. 307-332, spec. pp. 325 ss.

⁶⁹ C.M. SARACINO, *Assistenza domiciliare integrata e innovazione tecnologica: un connubio virtuoso*, in *Nuove Autonomie*, 2025, nn. 2-3, pp. 505-542.

La presa in carico può dirsi unitaria soltanto se la valutazione multidimensionale collega il bisogno clinico a quello sociale e orienta il lavoro delle diverse professionalità. Da questo raccordo dipendono la coerenza delle prestazioni⁷⁰, la permanenza al domicilio e la prevenzione dei ricoveri impropri⁷¹.

L'ADI è configurata come un modello potenzialmente idoneo a rispondere in modo coordinato alle esigenze della persona anziana non autosufficiente. Il modello coinvolge anche la rete relazionale della persona assistita e riconosce un ruolo rilevante ai familiari⁷², ai caregiver⁷³ e ai medici di medicina generale. Questi ultimi, pur mantenendo un ruolo centrale nella presa in carico, come snodo fondamentale di attivazione della domanda assistenziale, svolgono altresì funzioni di coordinamento e di controllo informativo con il personale socio-assistenziale, ricevendo aggiornamenti continui sull'evoluzione del percorso di cura e garantendo il collegamento tra i diversi livelli di intervento.

Per i medici di medicina generale ne deriva un compito che unisce la relazione fiduciaria con la persona assistita al coordinamento clinico dei casi complessi. La telemedicina⁷⁵ può agevolare l'esercizio, consentendo interventi tempestivi e limitando gli spostamenti non necessari⁷⁶. Una più chiara integrazione dei medici di medicina generale nella rete territoriale potrebbe inoltre ridurre l'isolamento professionale e il sovraccarico organizzativo⁷⁷ che ne caratterizzano frequentemente l'attività⁷⁸. In questa prospettiva, le Case della comunità dovrebbero costituire la sede del raccordo funzionale⁷⁹ tra i medici di medicina generale e le altre professionalità coinvolte nell'assistenza domiciliare.

L'assetto operativo dell'ADI è coerente con i principi dell'azione amministrativa, in particolare con il buon andamento di cui all'art. 97 Cost., e con i criteri di efficacia, efficienza

⁷⁰ Sul tema G. PISANI, *L'integrazione socio-sanitaria come chiave per l'attuazione del diritto alla salute*, in *Materiali per una storia della cultura giuridica*, 2022, n. 2, pp. 475 ss.; C. BUZZACCHI, *Le politiche di integrazione socio-sanitaria e il diritto delle Regioni*, in *Quaderni di Comunità. Persone, educazione e welfare nella società 5.0*, 2023, n. 2, pp. 237-242.

⁷¹ D. MORANA, *L'appropriatezza quale oggetto di valutazioni tecnico-scientifiche nel sistema di riparto delle competenze fra Stato e Regioni*, in *Corti supreme e salute*, 2024, n. 1, pp. 87-102.

⁷² E. VIVALDI, *Disabilità e sussidiarietà. Il "dopo di noi" tra regole e buone prassi*, Bologna, il Mulino, 2012, pp. 153 ss.

⁷³ P. TORRETTA, *Costituzione, non autosufficienza e nuove vulnerabilità: il caso dei caregiver familiari*, in *Federalismi. it*, 5, 2024, pp. 202-219.

⁷⁴ V. MENGhini, J. DECORTE, B. LONGONI, *Il supporto ai carers: buone pratiche e sfide future a partire dall'esperienza di alcuni paesi europei*, in *I Luoghi della Cura*, 2026, n. 1.

⁷⁵ F. APERIO BELLA, *Nota introduttiva al diritto amministrativo della telemedicina*, in *Federalismi.it*, 2023, n. 12, pp. 1 ss.

⁷⁶ Sul problema della stabilizzazione della telemedicina nell'organizzazione ordinaria del Servizio sanitario nazionale, oltre la durata degli investimenti del PNRR, si veda A. COIANTE, *L'implementazione della telemedicina come elemento strutturale del SSN: dalla frammentarietà all'uniformità. La stabilizzazione post-PNRR e il possibile ruolo dei LEA*, in *Federalismi. it*, 2025, n. 28, pp. 44-66.

⁷⁷ Così A. VISCOMI, *Tra ambulatorio e territorio: lavoro e organizzazione del lavoro del medico di medicina generale*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, 3, 2023, pp. 507-525.

⁷⁸ Su tutti F. GIGLIONI, *I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, 4, 2024.

⁷⁹ C. TUBERTINI, *L'assistenza territoriale in trasformazione. Il ruolo delle comunità e delle istituzioni*, in *Lavoro e diritto*, 1, 2024, p. 404.

ed economicità⁸⁰. La sistematizzazione dei flussi informativi, la definizione dei ruoli e l'integrazione dei servizi riducono duplicazioni e inefficienze, potenziando l'efficacia delle prestazioni cliniche. Allo stesso tempo, la razionalizzazione degli accessi e l'uso della telemedicina riducono i costi e promuovono un impiego sostenibile delle risorse pubbliche. Il rilievo amministrativo dell'ADI risiede proprio nella capacità di coordinare queste esigenze senza sacrificare l'appropriatezza della cura alla sola efficienza gestionale.

Un ulteriore profilo riguarda l'erogazione delle prestazioni domiciliari, ambito in cui permane una significativa frammentazione tra i sistemi sanitari regionali⁸¹. In conformità alla normativa nazionale, che attribuisce alle regioni ampio margine di autonomia organizzativa, i modelli di erogazione variano nei diversi territori, comprendendo gestione pubblica diretta, affidamento a soggetti privati accreditati e coinvolgimento del Terzo settore⁸².

L'osservazione dei modelli regionali mostra una significativa presenza del privato accreditato nell'erogazione dell'assistenza domiciliare nell'ambito del PNRR, confermando una tendenza già consolidata nei servizi sanitari territoriali. Un'eccezione significativa è rappresentata dalla Regione Umbria⁸³, che attribuisce un ruolo centrale al Terzo settore nell'erogazione delle prestazioni domiciliari.

I dati più recenti delineano un quadro differente rispetto a quello emerso durante la prima fase di attuazione⁸⁴. Nel 2025, il target nazionale relativo agli assistiti con più di sessantacinque anni è stato superato, con un incremento della copertura che rappresenta uno dei risultati più evidenti della Missione 6⁸⁵. Questa crescita non si è tuttavia tradotta in un'omogeneizzazione completa dei modelli regionali. Rimangono significative differenze nelle modalità di accesso, nell'organizzazione degli erogatori, nell'intensità delle prestazioni e nella capacità di collegare l'ADI agli interventi sociali domiciliari.

⁸⁰ In merito a ciò, si veda F. MERLONI, *Diritti e pubbliche amministrazioni nell'austerità liberista. Storia di un abbandono*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2025, pp. 169 ss. La presente opera consente di evitare una lettura meramente aziendalistica del buon andamento. L'efficienza e l'economicità vanno valutate non solo in base alla riduzione dei costi, ma anche in base alla capacità dell'organizzazione di soddisfare i diritti.

⁸¹ Si veda F. MERENDA, *Le regioni e le politiche sanitarie nell'attuazione del Pnrr: il caso dell'assistenza domiciliare integrata*, in *Italian papers on Federalism*, 3, 2025. Più in generale, si veda G. GARDINI, *Dalla "questione meridionale" alla "questione settentrionale": l'amministrazione regionale in cerca di identità*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, 2010, n. 1, pp. 23 ss.; A. SCIORTINO, *L'impatto del PNRR sulle disuguaglianze territoriali: note introduttive*, in *Rivista AIC*, 2022, n. 3, pp. 270-280.

⁸² G. PASTORI, *Pubblico e privato nella sanità e nell'assistenza*, in *Sanità pubblica*, 2002, pp. 11 ss.; C. BOTTARI, *Autorizzazione e accreditamento istituzionale*, in F. ROVERSI MONACO (a cura di), *Il nuovo Servizio sanitario nazionale*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2000, pp. 197 ss. Il riferimento a Pastori è estremamente autorevole nel chiarire che il ricorso al privato non comporta l'esclusione della responsabilità pubblica di garanzia.

⁸³ Deliberazione della Giunta Regionale 5 giugno 2024, n. 537. Per una prima analisi, si rinvia a F. Merenda, *Il nuovo modello umbro di assistenza domiciliare integrata tra amministrazione condivisa e gli enti del Terzo settore*, in *Le Regioni*, 2026, n. 1, pp. 156-170.

⁸⁴ Salutequità, *Fact checking riforma assistenza territoriale: focus su Assistenza Domiciliare Integrata*, 3 settembre 2024.; AGENAS, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio del DM 77/2022. I Semestre 2025*, in *agenas.it*.

⁸⁵ AGENAS, *Monitoraggio Assistenza domiciliare. Investimento M6C1-1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI)"*, dati relativi all'anno 2025, rilevati nel marzo 2026.

Il monitoraggio basato sul flusso SIAD certifica l'avvenuta presa in carico quando almeno una prestazione è stata erogata nell'anno. L'indicatore risulta adeguato alla misurazione dell'ampliamento della platea, ma non della consistenza assistenziale del percorso. Interventi di breve durata possono così essere conteggiati allo stesso modo di percorsi continuativi e multiprofessionali, benché esprimano consistenze assistenziali non comparabili. Il risultato quantitativo, pur rilevante, non sembra poter escludere lo scarto tra copertura nominale ed effettività dell'assistenza.

I dati disponibili impongono, piuttosto, di considerare congiuntamente due criticità. La prima riguarda la persistente disomogeneità territoriale della copertura e dell'intensità assistenziale; la seconda concerne il coordinamento tra l'assistenza domiciliare integrata sanitaria e i servizi sociali domiciliari. L'OCSE rileva, in particolare, che undici dei diciotto territori esaminati ritengono ampiamente migliorabile tale coordinamento e che soltanto sei regioni ricorrono al responsabile del caso. Ne deriva che l'incremento delle persone raggiunte al domicilio, pur significativo, non dimostra da solo l'unitarietà della presa in carico, ancora condizionata dalla limitata integrazione professionale e dall'insufficiente interoperabilità dei sistemi informativi⁸⁶.

Permane, inoltre, la percezione che l'ADI sia prevalentemente sanitaria, con limitato collegamento all'ambito sociale⁸⁷, rafforzando i timori dottrinali circa lo scivolamento dell'approccio ai bisogni delle persone non autosufficienti dalla sanità con il rischio di uno slittamento verso una tutela meramente sociale, meno incisiva sul piano delle garanzie⁸⁸. La riforma del 2023 ha posticipato l'integrazione, mentre l'assenza di una strategia nazionale ha nuovamente delegato la responsabilità alle regioni⁸⁹. Pur circoscritta agli interventi previsti dal PNRR, l'ADI costituisce dunque uno strumento per superare l'inerzia legislativa nel più vasto contesto della presa in carico delle persone over 65.

4. L'unità del bisogno alla prova del PNNA 2025-2027: categorie, territori e integrazione

La programmazione nazionale per il periodo 2025-2027 offre l'opportunità di valutare i primi esiti della riforma della non autosufficienza. A seguito della promulgazione della

⁸⁶ Cfr. AGENAS, Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio del d.m. n. 77 del 2022. I semestre 2025, Roma, 2025, sezioni regionali dedicate all'assistenza domiciliare integrata; OCSE, Verso un'integrazione strutturata e sistemica delle cure domiciliari per non autosufficienti in Italia, Parigi, OECD Publishing, 2025, spec. cap. 4, pp. 41 ss.

⁸⁷ Cfr. Crea Sanità, *20° Rapporto Sanità, Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in sanità al bivio*, 2025.

⁸⁸ Così G.M. FLICK, *La tutela costituzionale del malato non autosufficiente: le garanzie sanitarie dei LEA, il "pericolo" dei LEP*, in *Rivista AIC*, 2, 2023.

⁸⁹ Sul tema, si veda F. MERENDA, *I modelli regionali dell'assistenza domiciliare integrata nella riforma del PNRR*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, 2025, n. 4, pp. 803-832.

legge n. 33 del 2023, l'espressione "Piano nazionale per la non autosufficienza" (PNNA)⁹⁰ non individua più un dispositivo unitariamente rivolto alla disabilità e alla popolazione anziana. Il d.P.C.M. del 20 aprile 2026 ha adottato il PNNA, focalizzato principalmente sulle persone con disabilità non autosufficienti, e ha contestualmente previsto il recepimento, mediante decreto ministeriale, del distinto Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana, adottato dal Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana. La riforma ha pertanto avviato la sua fase programmatica e attuativa mediante due strumenti destinati a platee differenti, sebbene finanziati dal medesimo Fondo per le non autosufficienze.

La segmentazione delle platee non riguarda, del resto, soltanto il rapporto tra disabilità e non autosufficienza anziana. Essa è rinvenibile anche all'interno della disciplina destinata agli anziani, come dimostra la configurazione della prestazione universale, il cui accesso è subordinato a requisiti anagrafici, economici e assistenziali particolarmente restrittivi. La dottrina ha pertanto rilevato la contraddizione tra l'aspirazione universalistica dichiarata dalla misura e la selettività della relativa disciplina. Il problema non è soltanto quantitativo. In effetti, l'individuazione di una platea estremamente ridotta rischia di separare il riconoscimento del bisogno dalla titolarità effettiva della prestazione e di ricondurre nuovamente sulla famiglia la responsabilità della continuità assistenziale⁹¹.

Lo sdoppiamento, sebbene consenta la specializzazione degli interventi, comporta una maggiore complessità nella costruzione di un sistema unitario. Per la popolazione anziana, la prima fase applicativa mantiene una forte continuità con la programmazione precedente, mentre l'implementazione completa dei nuovi procedimenti di valutazione e presa in carico richiede ulteriori sviluppi organizzativi. L'attuazione della riforma non sostituisce quindi il modello precedente. Il nuovo assetto si innesta sui servizi regionali esistenti e affida ai territori il compito di armonizzare procedure, strutture e risorse non ancora compiutamente riordinate.

La concreta attuazione regionale restituisce, tuttavia, un quadro diseguale. Il d.P.C.M. del 20 aprile 2026 ha imposto la trasmissione al Ministero della programmazione regionale entro novanta giorni dalla registrazione del decreto, avvenuta il 25 maggio. Entro il termine del 23 agosto risultavano approvati gli atti di Lombardia, Puglia, Veneto, Umbria e Piemonte; l'Abruzzo vi ha provveduto soltanto il 16 settembre, adottando inoltre un Piano riferito al triennio 2026-2028. Per Toscana, Lazio e Marche erano rinvenibili atti preparatori o misure settoriali, mentre per le altre Regioni non risultava ancora pubblicamente disponibile, al 18 ottobre 2026, un atto conclusivo equivalente. Il dato va letto con cautela,

⁹⁰ Diffusamente su questo tema, si veda F. CEMBRANI, *Il Piano nazionale per la non autosufficienza (PNNA) 2025-2027: le novità, le criticità e i tanti (ancora troppi) nodi da sciogliere*, in questa Rivista, 2026, nn. 1-2, pp. 215-230.

⁹¹ 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, pp. 929-940; F. PACINI, *Note su alcuni profili problematici della prestazione (asseritamente) universale per le persone anziane non autosufficienti*, ivi, 2025, n. 3, pp. 921-931.

poiché la mancata pubblicazione non esclude la finalizzazione della programmazione nel SIOSS, ma segnala comunque un difetto di conoscibilità di decisioni dalle quali dipendono accesso e continuità delle prestazioni⁹².

Le differenze non riguardano soltanto i tempi. La Lombardia accompagna il Piano con un programma operativo e un quadro finanziario aggiornabili; il Veneto conserva un ruolo centrale alle Aziende ULSS e rinvia al consolidamento degli Ambiti territoriali sociali la configurazione del 2027; l'Umbria mantiene in un unico quadro programmatico le politiche per la disabilità e quelle per la popolazione anziana. Il Piemonte collega i PUA alle Case della comunità e sperimenta servizi di prossimità, fra i quali «Vengo a domicilio» e l'agricoltura sociale; la Puglia inserisce la programmazione del Fondo nel più ampio Piano regionale delle politiche sociali e adatta al proprio ordinamento l'accordo sull'integrazione sociosanitaria. Sono scelte che esprimono l'autonomia organizzativa regionale, ma producono anche differenti gradi di integrazione tra Ambiti, Distretti e servizi domiciliari⁹³.

Il ritardo non può essere ricondotto soltanto a inefficienze procedurali. Alle Regioni è chiesto di programmare mentre sono ancora in trasformazione gli Ambiti territoriali sociali, le Unità di valutazione multidimensionale e le relazioni tra PUA, Distretti e Case della comunità. Devono inoltre comporre risorse sanitarie e sociali sottoposte a regole differenti e tradurre in servizi l'incremento degli obiettivi previsto per il 2026 e il 2027. In assenza di standard organizzativi più stringenti, il rischio è che i nuovi Piani consolidino gli assetti esistenti, anziché correggerne la frammentazione. La verifica ministeriale di coerenza e la rendicontazione finanziaria sono necessarie, ma non misurano da sole la capacità di assicurare la medesima continuità della presa in carico domiciliare nei diversi territori⁹⁴.

La disomogeneità delle programmazioni è ulteriormente accentuata dall'adozione di una soglia anagrafica per distinguerne i destinatari. Il PNNA include le persone con disabilità che non raggiungono l'autosufficienza fino all'età di settant'anni, mentre il decreto legislativo n. 29 del 2024, sebbene definisca come anziana la persona che ha raggiunto sessantacinque anni, stabilisce, in linea generale, che gli specifici procedimenti di valutazione e gli interventi per la non autosufficienza siano riservati esclusivamente alle persone che hanno superato i settant'anni. Il criterio dell'età svolge così una funzione non solo selettiva, ma anche ordinamentale: al suo superamento si verificano cambiamenti nella programmazione di riferimento, nel percorso valutativo e, almeno potenzialmente, nell'amministrazione

⁹² Art. 1, commi 3-6, d.P.C.M. 20 aprile 2026, *Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2025-2027*, in *G.U.*, 12 giugno 2026, n. 134. Per gli atti approvati, cfr. Regione Lombardia, d.G.R. 15 giugno 2026, n. XII/6320; Regione Puglia, d.G.R. 21 luglio 2026, n. 1006; Regione Veneto, d.G.R. 28 luglio 2026, n. 836; Regione Umbria, deliberazione dell'Assemblea legislativa 30 luglio 2026, n. 163; Regione Piemonte, d.G.R. 3 agosto 2026, n. 44-2956. Per l'Abruzzo, cfr. Regione Abruzzo, *Piano regionale per la non autosufficienza 2026-2028*, approvato dalla Giunta regionale nella seduta del 16 settembre 2026.

⁹³ Cfr. Regione Lombardia, d.G.R. 15 giugno 2026, n. XII/6320, Allegati 1-3; Regione Veneto, d.G.R. 28 luglio 2026, n. 836, Allegato A; Regione Umbria, deliberazione dell'Assemblea legislativa 30 luglio 2026, n. 163, Allegati A e B; Regione Piemonte, d.G.R. 3 agosto 2026, n. 44-2956, spec. Allegato 4; Regione Puglia, d.G.R. 21 luglio 2026, n. 1006.

⁹⁴ Cfr. *Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027*, capp. 6 e 9, nonché art. 3 del d.P.C.M. 20 aprile 2026, cit.

responsabile della presa in carico. La continuità del bisogno non corrisponde necessariamente alla continuità del regime amministrativo. Si evidenzia, pertanto, la necessità di implementare meccanismi di transizione che impediscano che il raggiungimento della soglia anagrafica conduca a una nuova valutazione, a una duplicazione degli adempimenti o a una discontinuità delle prestazioni domiciliari già attivate⁹⁵.

Questa articolazione incide direttamente sulla domiciliarità. Il PNNA valorizza il progetto personalizzato, il coordinamento tra Ambito territoriale sociale e Distretto sanitario, il Punto unico di accesso e la valutazione multidimensionale. Si tratta di istituti che corrispondono, almeno sul piano funzionale, ai dispositivi sui quali poggia anche la sanità territoriale del PNRR. La convergenza riguarda però soprattutto il lessico e gli snodi organizzativi. Resta incerto il regime delle responsabilità, poiché la presenza dei medesimi istituti in programmi distinti non basta a rendere unitaria l'azione amministrativa.

Anche la relazione fra progetto assistenziale individualizzato, progetto personalizzato e progetto di vita mostra il carattere ancora incompiuto dell'integrazione⁹⁶. Il PNNA affida al PAI il compito di organizzare, nell'ambito della presa in carico sociosanitaria di Ambito e Distretto, gli interventi che rispondono ai bisogni clinici, funzionali e sociali identificati dall'Unità di valutazione multidimensionale. Al momento della presentazione della richiesta per l'elaborazione del progetto di vita, come stabilito dal decreto legislativo n. 62 del 2024, il PAI si trasforma in un elemento di una progettazione più ampia, che tiene conto delle preferenze, delle aspirazioni e dei contesti di vita dell'interessato. I due strumenti non sono, pertanto, sovrapponibili: il primo mantiene una funzione assistenziale più diretta, mentre il secondo mira a organizzare in modo unitario la pluralità dei sostegni necessari alla realizzazione del percorso esistenziale della persona. Tuttavia, la personalizzazione non può ridursi a un documento programmatico dal contenuto generico. Il progetto deve indicare in modo esplicito l'intensità e la durata dell'assistenza, i costi degli interventi e il soggetto responsabile della relativa attuazione, al fine di garantire la verificabilità della corrispondenza tra valutazione del bisogno e prestazioni riconosciute⁹⁷.

Alla luce di ciò, il budget di progetto potrebbe fungere da strumento finanziario per l'unità di progettazione⁹⁸. Il Piano configura il budget di progetto come un paniere nel quale confluiscono risorse di natura sanitaria, sociale, professionale, tecnologica, privata, comunitaria e informale, utilizzabili anche oltre le tradizionali unità di offerta. Tale configurazione

⁹⁵ Sul differente perimetro anagrafico delle due riforme, v. d.P.C.M. 20 aprile 2026, *Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze, per il triennio 2025-2027*, in G.U., 12 giugno 2026, n. 134, suppl. ord. n. 23, Allegato A, *Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027*, Introduzione e par. 1.2, pp. 17 ss. e 25 ss.; nonché artt. 2 e 40, d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29.

⁹⁶ Redazione, *La valutazione della non autosufficienza: alcuni modelli europei e la sfida della riforma italiana*, in *I Luoghi della Cura*, 2026, n. 1.

⁹⁷ Cfr. TAR Sicilia, Palermo, sez. III, 5 giugno 2024, n. 1912.

⁹⁸ A. SANTUARI, *Il budget di salute nel Piano sociosanitario della Regione Piemonte. Ruolo delle Regioni e profili applicativi*, in *Welforum.it*, 16 febbraio 2026.

permette di adattare le prestazioni alla situazione individuale concreta, anziché limitarla a un catalogo rigido di servizi. Tuttavia, l'espansione delle risorse considerate non dovrebbe tradursi in una diminuzione della responsabilità pubblica. Il coinvolgimento della famiglia, del Terzo settore e delle reti di prossimità può integrare la prestazione pubblica, ma non sostituire gli interventi riconducibili ai livelli essenziali, né trasformare la capacità della persona di mobilitare risorse informali in una condizione di effettivo accesso alla domiciliarità. Il problema è reso più netto dalla diversa matrice dei due sistemi. L'ADI appartiene ai livelli essenziali di assistenza e si sviluppa entro l'organizzazione sanitaria regionale, mentre gli interventi finanziati dal Fondo per le non autosufficienze coprono invece i costi di rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria e sono programmati attraverso la rete degli Ambiti territoriali sociali. Il domicilio diviene così il luogo materiale nel quale prestazioni riconducibili a titoli competenziali, amministrazioni e circuiti finanziari differenti dovrebbero ricomporsi intorno alla persona⁹⁹. Proprio nel punto in cui il bisogno si presenta unitario, l'organizzazione continua a operare per segmenti.

Tuttavia, la distinzione amministrativa tra componente sanitaria e componente sociale non può condurre a una scomposizione della prestazione in modo artificioso quando, in relazione alla condizione concreta della persona, gli interventi assistenziali risultino inscindibilmente connessi a quelli sanitari¹⁰⁰.

Il PNNA esplicita tale distinzione chiarendo che le risorse del Fondo per le non autosufficienze finanziano esclusivamente la componente sociale del PAI. La valutazione ha il compito di ricostruire unitariamente i bisogni sanitari e sociali, ma il finanziamento degli interventi continua a seguire circuiti distinti: l'ADI grava sul Servizio sanitario nazionale, mentre le misure sociali sono sostenute dal Fondo e dalle ulteriori risorse regionali e locali. Il Piano affida inoltre alle regioni il compito di stabilire le modalità di coordinamento, o eventuale riunificazione, delle Unità di valutazione multidimensionale disciplinate dai LEA e dal d.m. n. 77 del 2022 con quelle previste dal d.lgs. n. 62 del 2024. La soluzione organizzativa che risulta più coerente con l'unità del bisogno è quindi indicata, senza che si tratti di un'imposizione¹⁰¹.

La separazione dei circuiti finanziari non rappresenta, infatti, un dato meramente contabile, poiché può condizionare la concreta conformazione della prestazione.

Come è stato recentemente osservato con riferimento alle prestazioni sociosanitarie inscindibili, il riparto degli oneri tra servizio sanitario e sistema assistenziale rischia di tradursi in una scomposizione artificiosa del bisogno e in un conflitto sull'individuazione dell'am-

⁹⁹ In linea con quanto affermato in OCSE, *Verso un'integrazione strutturata e sistemica delle cure domiciliari per non autosufficienti in Italia*, Paris, OECD Publishing, 2025.

¹⁰⁰ Cfr. Cass. civ., sez. III, ord. 17 ottobre 2024, n. 26943.

¹⁰¹ V. d.P.C.M. 20 aprile 2026, *Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze, per il triennio 2025-2027*, in G.U., 12 giugno 2026, n. 134, suppl. ord. n. 23, Allegato A, *Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027*, parr. 4.1 e 4.2.

ministrazione tenuta al pagamento. Nella domiciliarità, tale criticità assume una forma ancora più evidente. La persona necessita di un percorso unitario, mentre le amministrazioni continuano a qualificare e finanziare separatamente le componenti sanitarie e sociali dell'intervento¹⁰².

L'integrazione dell'ADI nel progetto di vita segue un principio di complementarità, in cui gli interventi sociali finanziati dal Fondo non si sovrappongono alle prestazioni sanitarie incluse nei LEA, ma sono coordinati con esse. Questo approccio garantisce la separazione delle competenze e previene l'uso sostitutivo delle risorse sociali. Nonostante la necessità di distinguere tra i due segmenti, l'accesso all'ADI non dovrebbe essere utilizzato come criterio selettivo per il riconoscimento di ulteriori sostegni assistenziali, quando il bisogno assistenziale della persona è accertato, ma non richiede prestazioni sanitarie domiciliari specifiche nel momento attuale¹⁰³. Esso, comunque, non risolve il problema della responsabilità nella composizione concreta dei due segmenti. Il PAI può costituire il contesto formale dell'integrazione, ma la sua efficacia è condizionata dalla presenza di un soggetto che sia in grado di attivare congiuntamente l'ADI e i sostegni sociali, e di rispondere delle eventuali interruzioni del percorso¹⁰⁴.

La programmazione 2025-2027 tenta di attenuare tale separatezza affidandosi al progetto assistenziale individualizzato e al raccordo tra Ambiti e Distretti¹⁰⁵.

Rimane tuttavia debole la definizione di strumenti capaci di rendere questo coordinamento giuridicamente esigibile. Non è sufficiente individuare sedi comuni o richiamare la collaborazione istituzionale, al contrario, occorre stabilire chi risponde dell'eventuale interruzione del percorso, quale amministrazione assicura la composizione delle prestazioni e attraverso quali standard possa essere valutata la continuità effettiva dell'assistenza.

Il PNNA sottolinea la necessità che presso i Punti unici di accesso operino équipe integrate, adeguatamente formate e numericamente sufficienti, composte da personale del Servizio sanitario nazionale e degli Ambiti territoriali sociali. L'unicità dell'accesso non può, pertanto, esaurirsi nell'istituzione formale di uno sportello, ma presuppone la stabile compresenza delle competenze necessarie a leggere unitariamente il bisogno¹⁰⁶. Rimangono tuttavia affidati ai territori sia l'apporto del personale sanitario sia la definizione dei rapporti tra Punto

¹⁰²E. SCELSI, *L'integrazione sociosanitaria al cospetto della scarsità delle risorse: il caso del riparto dei costi delle prestazioni inscindibili*, in *Corti supreme e salute*, 2026, nn. 1-2, pp. 171-192.

¹⁰³Cfr. TAR Campania, Napoli, sez. VI, 26 febbraio 2025, n. 1582.

¹⁰⁴V. d.P.C.M. 20 aprile 2026, cit., Allegato A, par. 7.1, e Allegato F, punto 27, ove si precisa che gli interventi finanziati dal Fondo sono aggiuntivi e non sostitutivi rispetto alle risorse dell'ordinaria programmazione sociosanitaria. Commissione europea, *Towards person-centered integrated care in Italy*, Technical Support Instrument, Bruxelles, 2026.

¹⁰⁵C. GORI, *Il nuovo Piano nazionale per gli anziani non autosufficienti 2025-2027. Un primo bilancio*, in *I Luoghi della Cura*, 2026, n. 3.

¹⁰⁶V. d.P.C.M. 20 aprile 2026, cit., Allegato D, par. 1.2.2, sui requisiti organizzativi dei PUA; Allegato F, sulle responsabilità di realizzazione e monitoraggio degli interventi e sul *case management* dei progetti di vita indipendente.

unico di accesso, Unità di valutazione multidimensionale, Ambito e Distretto, con il rischio che la capacità effettiva di presa in carico vari sensibilmente tra le regioni.

Il richiamo al case management, contenuto nella disciplina dei progetti di vita indipendente, conferma altresì la necessità di attribuire la responsabilità del percorso a un soggetto determinato. Tuttavia, una soluzione di questo tipo dovrebbe applicarsi a ogni presa in carico complessa, soprattutto quando il PAI includa ADI, assistenza sociale domiciliare e sostegni economici. Diversamente, il coordinamento resta affidato congiuntamente a più soggetti, senza che sia chiaramente individuata l'amministrazione responsabile della continuità del percorso.

Un ulteriore profilo critico riguarda il monitoraggio. Il Piano, per mezzo del Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali, focalizza il controllo sull'impiego delle risorse, sui beneficiari e sulle tipologie di intervento, condizionando l'erogazione dei trasferimenti annuali alla rendicontazione delle assegnazioni pregresse¹⁰⁷. Tali dati permettono di verificare l'attuazione finanziaria, ma non forniscono una misurazione completa della continuità assistenziale, dei tempi della presa in carico, dell'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali o del carico rimasto sulle famiglie. Alla rendicontazione della spesa dovrebbe pertanto affiancarsi una valutazione degli esiti organizzativi e assistenziali, indispensabile per accertare se l'integrazione programmata si traduca nell'effettivo esercizio del diritto.

La definizione di indicatori qualitativi diventa rilevante anche nel contesto del controllo giurisdizionale. La mancanza di standard sufficientemente definiti comporta che la quantificazione dell'assistenza domiciliare sia affidata alla discrezionalità tecnica e organizzativa dell'ente, a condizione che non si scenda al di sotto del nucleo minimo indefettibile della prestazione¹⁰⁸.

Il collegamento tra riforma della non autosufficienza, Missione 6 e programmazione nazionale non manca sul piano degli obiettivi, ma resta incompleto sul versante dell'organizzazione. Tutti gli interventi convergono sulla permanenza al domicilio, sulla personalizzazione e sulla valutazione multidimensionale. Tuttavia, divergono quanto a destinatari, catene decisionali, finanziamenti e responsabilità attuative. L'integrazione è quindi formulata come risultato atteso più che costruita come relazione amministrativa stabile.

Questa conclusione converge con alcune recenti analisi che hanno individuato nel PNNA 2025-2027 la persistenza di una nozione ancora incerta di non autosufficienza e di percorsi di tutela differenziati secondo l'età della persona¹⁰⁹. L'incertezza definitoria e la differenziazione dei percorsi assumono, tuttavia, una specifica rilevanza organizzativa. L'indeterminatezza delle categorie e la duplicazione dei canali valutativi non incidono soltanto sull'accesso alle prestazioni, ma ostacolano l'individuazione dell'amministrazione respon-

¹⁰⁷ V. d.P.C.M. 20 aprile 2026, cit., Allegato A, *Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027*, par. 9.4. Il Piano stabilisce, in particolare, che la rendicontazione del 75 per cento della quota relativa alla seconda annualità precedente costituisce condizione sufficiente per l'erogazione della quota annuale, ferma la verifica ministeriale della coerenza con la normativa e con gli atti di programmazione.

¹⁰⁸ Cfr. TAR Campania, Napoli, sez. VI, 8 gennaio 2025, n. 159.

¹⁰⁹ F. CEMBRANI, *Il Piano nazionale per la non autosufficienza (PNNA) 2025-2027: le novità, le criticità e i tanti (ancora troppi) nodi da sciogliere*, in *Corti supreme e salute*, 2026, nn. 1-2, pp. 215-230.

sabile del raccordo tra ADI, sostegni sociali e progetto personalizzato. La semplificazione promessa dalla riforma deve essere pertanto valutata anche in base alla capacità di assicurare continuità amministrativa al mutare della categoria o del regime di tutela applicabile.

5. Dalla copertura alla garanzia: continuità e responsabilità nell'amministrazione della domiciliarità

Le riflessioni svolte restituiscono uno scarto tra il conseguimento formale dei traguardi e la capacità delle misure di modificare stabilmente l'organizzazione dei servizi. Nella sanità territoriale, e in modo particolare nell'ADI, il rischio è che la pressione esercitata dalle scadenze del PNRR favorisca una logica adempitiva. In effetti, cresce il numero delle prese in carico, senza che siano necessariamente assicurate intensità, durata e integrazione coerenti con il bisogno della persona non autosufficiente.

La questione non consiste, pertanto, soltanto nell'individuare il soggetto più adatto a erogare la prestazione domiciliare. Occorre stabilire quale assetto organizzativo sia capace di ricondurre a unità responsabilità pubbliche, professionalità sanitarie, interventi sociali e risorse della comunità¹¹⁰.

La convergenza tra la riforma della non autosufficienza, la sanità territoriale del PNRR e la nuova programmazione nazionale non può essere valutata esclusivamente in base alla coincidenza degli obiettivi dichiarati. Tale processo richiede la costruzione di reti organizzative stabili, nelle quali siano chiaramente individuati il soggetto responsabile della presa in carico, i tempi del procedimento e gli obblighi gravanti sulle diverse componenti del sistema. In assenza di tali elementi, l'integrazione rimane affidata alla capacità contingente degli attori territoriali e il relativo insuccesso rischia di tradursi in un onere impropriamente trasferito sulla persona e sulla sua famiglia.

Accanto al tradizionale rapporto tra soggetti pubblici e operatori privati assume rilievo il contributo degli enti del Terzo settore. La collaborazione può svilupparsi attraverso gli strumenti della coprogrammazione e della coprogettazione, ma deve essere inserita in un assetto nel quale restino riconoscibili la titolarità della funzione, gli standard delle prestazioni e la responsabilità del loro adempimento. Il profilo critico non risiede, dunque, nella collaborazione in sé, bensì nel rischio che essa si traduca in un trasferimento improprio di compiti pubblici o renda incerta l'individuazione dell'amministrazione¹¹¹ tenuta ad assicurare la continuità della presa in carico¹¹².

¹¹⁰In questa prospettiva, cfr. già G. PASTORI, *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Diritto pubblico*, 2002, n. 1, pp. 85 ss., spec. pp. 86-97, il quale ricostruisce il Servizio sanitario nazionale come organizzazione funzionalmente unitaria e, insieme, come sistema a rete, integrato e responsabile, ordinato alla personalizzazione delle prestazioni.

¹¹¹Cfr. M. CONTICELLI, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Milano, Giuffrè, 2012.

¹¹²Cfr. F. GIGLIONI, *Il diritto dell'amministrazione condivisa*, Milano, FrancoAngeli, 2025.

Il coinvolgimento del Terzo settore può contribuire alla personalizzazione degli interventi e alla valorizzazione delle risorse della comunità, ma non altera la titolarità pubblica della funzione di garanzia. Coprogrammazione e coprogettazione sono modalità di esercizio della responsabilità amministrativa, non strumenti per arretrarla. La distinzione è decisiva nella domiciliarietà, dove la prossimità dell'intervento non può giustificare la sostituzione delle prestazioni dovute con risorse familiari, informali o volontarie¹¹³.

L'assistenza alle persone non autosufficienti richiede professionalità adeguate e la consapevolezza che l'organizzazione dei relativi servizi costituisce uno strumento di attuazione dei diritti fondamentali.

La valutazione dei diversi modelli di erogazione non può arrestarsi alla natura giuridica dei soggetti coinvolti, ma deve considerare la qualità del servizio e la capacità di assicurare continuità, responsabilità e rispetto dei livelli essenziali.

La qualità del servizio non dipende soltanto dal contenuto delle prestazioni, ma anche dall'assunzione delle responsabilità connesse alle funzioni esercitate e dall'orientamento alla cura, necessari per rispondere globalmente ai bisogni della persona.

Le criticità emerse possono essere ricondotte alla concezione della Costituzione come «attività per un fine» elaborata da Umberto Allegretti, secondo il quale i diritti sanciti nella Costituzione e, in particolare, quelli sociali, quali la tutela della salute e l'assistenza sociale, concorrono a delineare la Carta fondamentale come una vera e propria «attività per un fine»¹¹⁴, ossia un progetto che impone a chi esercita le funzioni pubbliche di orientarsi verso risultati sostanziali e non meramente formali, in cui i diritti si affermano con azioni, strumenti e misure tangibili. In questa prospettiva, il nuovo assetto dell'ADI, pur nella variabilità dei contesti organizzativi regionali, deve garantire l'effettiva attuazione della missione costituzionale, traducendola in una presa in carico degli anziani in condizione di non autosufficienza basata sulla qualità dell'intervento e sulla sua reale incidenza sulle condizioni di vita. Ciò richiede di superare la logica del mero incremento quantitativo delle prese in carico, privilegiando un approccio integrato, in cui l'attività del personale si colloca all'interno di un progetto assistenziale coerente e continuativo, e non si esaurisce nella semplice erogazione della singola prestazione.

I bisogni e, dunque, i diritti degli anziani in condizione di non autosufficienza assumono, in tal senso, un valore paradigmatico della capacità effettiva degli enti del Servizio sanitario nazionale di dare piena attuazione al disegno costituzionale dell'amministrazione pub-

¹¹³Come evidenziato in Corte cost., 26 giugno 2020, n. 131.

¹¹⁴U. ALLEGRETTI, *Pubblica amministrazione e ordinamento democratico*, in *Foro it.*, 7/8, 1984, p. 208.

blica in ambito sanitario¹¹⁵. Le persone anziane non autosufficienti non devono, dunque, essere considerate oggetti, ma soggetti della cura¹¹⁶.

Proprio la qualificazione della persona non autosufficiente come soggetto della cura consente di ricondurre a unità le criticità fin qui esaminate. In questa prospettiva, la «teoria della continuità»¹¹⁷ invita a non ridurre la continuità alla sola durata dell'assistenza, assumendola quale criterio ordinatore dell'intervento pubblico sull'invecchiamento, capace di collegare prestazioni, bisogni e aspettative lungo il corso della vita. Sul piano organizzativo, ciò esclude che la risposta pubblica possa esaurirsi in interventi episodici, frammentati e disomogenei nei diversi territori. L'assistenza domiciliare deve essere quindi orientata verso modelli coerenti e integrati, capaci di rispondere alla complessità dei bisogni della non autosufficienza e alle esigenze di lungo periodo¹¹⁸.

Il superamento dell'obiettivo quantitativo dell'ADI nel 2025 rappresenta un risultato significativo, ma non esaurisce le sfide poste dalla riforma. Il passaggio cruciale è, pertanto, quello dall'amministrazione straordinaria del Piano all'organizzazione ordinaria del servizio. Il PNRR ha accelerato l'estensione dell'ADI, mentre alla riforma della non autosufficienza e al PNNA 2025-2027 spetta ora il compito, più difficile, di stabilizzarne l'assetto istituzionale. Tuttavia, un diritto sociale non può essere subordinato stabilmente alla durata di un programma di investimento, poiché presuppone risorse ordinarie, personale adeguato e responsabilità amministrative riconoscibili. La capacità della riforma di garantire risultati stabili, omogenei e concretamente esigibili sarà determinante per la sua sostenibilità a lungo termine.

Al di là della scadenza del PNRR, la questione cruciale consisterà nell'assicurare stabilità finanziaria e organizzativa ai servizi attivati, valutandone non solo la copertura, ma anche l'intensità, la durata e la capacità di integrarsi con gli interventi sociali. Sarà su questo piano che la domiciliarità potrà effettivamente trasformarsi¹¹⁹ da obiettivo programmatico in modalità concreta e continuativa di tutela della persona non autosufficiente¹²⁰.

¹¹⁵A. PIOGGIA, *Cura e pubblica amministrazione: come il pensiero femminista può cambiare in meglio le nostre amministrazioni*, cit.

¹¹⁶Cfr. G. DEL GIUDICE, N. DIRINDIN, *Luoghi comuni e pregiudizi strumentali sulla condizione degli anziani*, in *Rivista delle Politiche Sociali*, 1, 2021, p. 14.

¹¹⁷V. CAPPELLATO, B. GARDELLA TEDESCHI, E. MERCURI, *Anziani. Diritti, bisogni, prospettive. Un'indagine giuridica e sociologica*, Bologna, Il Mulino, 2021, p. 186.

¹¹⁸Sul tema, si veda E. GUARNIERI, *Tempo della sanità versus tempo della salute?*, in A. PIOGGIA, M. GOLA, M.A. SANDULLI, F. APERIO BELLA (a cura di), *Il nuovo disegno della sanità italiana. Territorialità, domiciliarità e telemedicina nell'attuazione del PNRR*, Torino, Giappichelli, 2026, pp. 207-220.

¹¹⁹Ufficio parlamentare di bilancio, *Il PNRR e la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale*, 2025, cit.

¹²⁰Corte dei conti, *Relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*, 2025.