Riforma dell’assistenza agli anziani non autosufficienti: lo stato di attuazione. L’attuazione della seconda parte del D. Lgs. 29/2024 dedicata alla non autosufficienza

Questo articolo aggiorna il quadro dell’attuazione del D. Lgs. 29/2024 al 24 ottobre 2026 e prende in esame anche i provvedimenti non previsti dal decreto ma che ne condizionano l’attuazione: il decreto correttivo 93 del 2025, il Milleproroghe 2026 e la legge di bilancio 2026.

Di Franco Pesaresi *(NNA Network Non Autosufficienza)*

Questo articolo è stato pubblicato su Quotidiano Sanità il 27.10.2026

La seconda parte del D. Lgs. 29/2024 è dedicata all’attuazione della riforma dell’assistenza agli anziani non autosufficienti, così come prevista dalla Legge delega 33/2023. Come si è detto fin dalla sua emanazione, è un testo che più che attuare la delega rinvia: per la parte sull’assistenza agli anziani non autosufficienti prevede nove atti attuativi – decreti e linee guida, alcuni con contenuti plurimi – da adottare fra maggio 2024 e marzo 2025, di cui due per il quale non è indicato alcun termine.

Nove atti previsti, cinque adottati

La Tabella 1 riprende gli atti che il D. Lgs. 29/2024 affida a decreti e linee guida in materia di non autosufficienza e ne aggiorna lo stato. **Il primo dato è il bilancio numerico**: cinque atti adottati su nove (adottati con ritardi compresi fra sette e quindici mesi). Quelli mancanti superano i due anni di ritardo oppure, come nel caso della valutazione unificata, hanno già consumato due proroghe. **Il secondo dato riguarda la natura di ciò che è stato adottato.** Sono atti utili ma per lo più di contorno rispetto al disegno della riforma: definiscono chi può accedere a una misura sperimentale, come si forma un assistente familiare, come si organizzano gli ambiti sociali. Non toccano i tre nodi su cui la Legge delega puntava – un sistema unitario, nuovi modelli di intervento, un’offerta più ampia – che restano affidati ad atti ancora da venire.

Tabella 1 – Atti previsti dal D. Lgs. 29/2024 per la non autosufficienza: stato al 2 ottobre 2026

Articolo	Atto da approvare	Termine originario	Stato al 24 ottobre 2026
Art. 34, c. 3	Commissione tecnico-scientifica e criteri per definire il bisogno assistenziale gravissimo (accesso alla prestazione universale)	18 maggio 2024	**ADOTTATO** Criteri approvati con DM 19 dicembre 2024 (DM 155/2024), utilizzati dall’INPS.
Art. 34, c. 4	Modalità attuative e operative della prestazione universale, controlli e revoca	17 giugno 2024	**ADOTTATO** Decreto del 21 febbraio 2025 (Lavoro-Economia). L’INPS

			riceve le domande fino al 31 dicembre 2026.
Art. 38, c. 1	Linee guida sugli standard formativi e la qualificazione degli assistenti familiari	17 giugno 2024	**ADOTTATO** DM 19 settembre 2025 (Lavoro, Istruzione, Università), dopo l'intesa Stato-Regioni del 19 giugno 2025.
Art. 24, c. 5	Linee guida per rafforzare le capacità gestionali degli ATS e attuare i LEPS	17 luglio 2024	**ADOTTATO** Decreto interministeriale 24 giugno 2025, dopo l'intesa in Conferenza unificata: promuove la gestione associata.
Art. 21, c. 2	Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana	Non indicato	**ADOTTATO** Approvato dal CIPA il 2/10/2016. Decreto non ancora pubblicato in G.U.
Art. 23, c. 1	Sistema di monitoraggio dei LEPS, indicatori e interventi sostitutivi	17 luglio 2024	**NON ADOTTATO** La prima bozza (oltre 300 indicatori) è stata ritirata; un nuovo testo era annunciato.
Art. 31, c. 7	Criteri nazionali per requisiti di sicurezza e qualità e per l'accreditamento delle strutture	17 luglio 2024	**NON ADOTTATO** Schema di DM Salute presentato ad aprile 2025 (solo strutture residenziali e semiresidenziali per anziani), poi ritirato.
Art. 27, c. 7 (con art. 29, c. 3)	Regolamento su PUA, UVM e strumento nazionale di valutazione multidimensionale unificata; linee di indirizzo per l'integrazione sociosanitaria domiciliare	19 marzo 2025	**NON ADOTTATO** Termine prorogato al 19 settembre 2026 (DL 200/2025): scaduto. Sperimentazione slittata al 2027
Art. 28, c. 5	Modalità di condivisione delle banche dati del procedimento di accertamento e valutazione	Non indicato	**NON ADOTTATO** Nessuna adozione.

Fonte: elaborazione dell'autore da D. Lgs. 29/2024, D. Lgs. 93/2025 e atti successivi.

Il grande rinvio: valutazione unificata e UVM

La valutazione multidimensionale unificata è l'innovazione più rilevante del decreto sul piano della semplificazione. Il nuovo processo, per gli anziani over 70, si articola su due livelli, fra loro collegati. Il primo è la Valutazione multidimensionale unificata (VMU) vera e propria: è di responsabilità statale, sostituisce le diverse commissioni oggi competenti per invalidità civile, indennità di accompagnamento, legge 104/1992 ed è realizzata con un unico strumento nazionale, standardizzato e digitalizzato. Il secondo livello è la valutazione dell'Unità di valutazione multidimensionale (UVM), di titolarità di Regioni e Comuni: parte dalle informazioni già raccolte con la VMU, le integra dove necessario e sfocia nel Progetto di assistenza individuale integrato (PAI), che stabilisce quali servizi e contributi locali – domiciliari, semiresidenziali, residenziali o economici – la persona può ricevere. A questa seconda valutazione si accede dal Punto unico di accesso (PUA), collocato nelle Case della Comunità, che attiva l' UVM.

Il regolamento che deve definire le priorità di accesso ai PUA, la composizione e il funzionamento delle UVM e lo strumento di valutazione avrebbe dovuto essere adottato entro il 19 marzo 2025. Il decreto correttivo (D. Lgs. 93/2025) ha spostato il termine a diciotto mesi, ha introdotto una sperimentazione di dodici mesi con una provincia per regione e ha precisato che la competenza medico-legale sull'accertamento della disabilità è esclusiva dell'INPS, riducendo a una le visite medico-legali. Il decreto-legge Milleproroghe (DL 200/2025, convertito dalla L. 26/2026) ha poi portato il termine a trenta mesi e ha rinviato di un anno tutto il resto: il decreto sulla sperimentazione è atteso entro il 30 novembre 2026, la sperimentazione partirà il 1° gennaio 2027 e l'applicazione su tutto il territorio nazionale il 1° gennaio 2028.

Il termine dei trenta mesi è scaduto il 19 settembre 2026. Al momento in cui si scrive non risulta adottato né pubblicato alcun regolamento. **Le conseguenze pratiche vanno oltre il calendario.** Al regolamento sono agganciate le linee di indirizzo per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari nei servizi domiciliari (art. 29, c. 3), che il decreto prevede di approvare con lo stesso atto: il rinvio della valutazione unificata è dunque anche il rinvio della domiciliarità pensata per la non autosufficienza. Ne dipendono inoltre il PAI, il budget di cura e, per la parte che chiama in causa le UVM, la partecipazione del caregiver familiare alla valutazione e alla definizione del piano (art. 39). Nel frattempo ogni regione continua a valutare con i propri differenti strumenti.

Il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana 2025-2027

Il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana 2025-2027 è stato approvato dal CIPA (Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana) il 2 ottobre 2026. È il primo Piano previsto dalla riforma approvata nel 2023 e riguarda un triennio, il 2025-2027, che **al momento della sua approvazione è già trascorso per più della metà.**

Il Piano definisce il quadro programmatorio nazionale per rafforzare e integrare gli interventi destinati alle persone anziane non autosufficienti. Al momento in cui si scrive, tuttavia, il decreto di approvazione non è ancora stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale. Per una valutazione puntuale dei suoi contenuti sarà quindi necessario attendere ancora qualche settimana.

La lettura della bozza del Piano consente però già di formulare alcune prime considerazioni. Il Piano si inserisce in un quadro nel quale molte delle scelte strategiche della riforma non sono ancora state definite o attuate. **Le decisioni assunte finora e quelle ancora attese condizionano quindi inevitabilmente il contenuto del Piano e ne limitano i margini di intervento.** In questo contesto, il Piano non può che sviluppare e dare un quadro unitario alle poche scelte di rilievo già adottate, più che

introdurre nuove e decisive direttrici strategiche.

Domiciliarità e residenzialità: lo Stato si fa da parte?

Sulla domiciliarità il D. Lgs. 29/2024 ha rinviato tutto a linee di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria che, come si è visto, viaggiano insieme al regolamento sulla valutazione unificata.

Un servizio pensato per la non autosufficienza – con durata e intensità adeguate, sguardo multidimensionale e più professioni – oggi in Italia non esiste. Ciò che è cresciuto è altro: l'ADI ha raggiunto in anticipo il target PNRR del 10% di over 65 assistiti a domicilio, ma continua a erogare in media 15 ore annue per assistito, quasi sempre come singole prestazioni sanitarie (Ministero Salute, 2025). Più utenti, dunque, con lo stesso modello e la stessa intensità. L'unico elemento nuovo è l'ora settimanale di assistenza sociale domiciliare della legge di bilancio 2026 prevista come obiettivo di servizio per il SAD.

Sulla residenzialità la Legge delega chiedeva di intervenire su intensità assistenziale, dotazione e competenze del personale e qualità degli ambienti. Il D. Lgs. 29 ha rinviato tutto a un decreto del Ministero della Salute sui criteri nazionali per requisiti di sicurezza e qualità e per l'accreditamento (art. 31, c. 7), che non è stato adottato. Lo schema presentato ad aprile 2025 (e poi sospeso) elude la questione centrale, cioè la dotazione di personale, e lascia di fatto tutto alle Regioni: se fosse approvato così, l'assenza dello Stato diventerebbe la posizione ufficiale delle istituzioni.

Nel frattempo la domanda cresce e l'offerta resta ferma: oggi sono circa 243.000 le persone in lista d'attesa per le strutture residenziali a fronte di circa 266.000 posti letto attivi per gli anziani non autosufficienti (Pesaresi, 2026).

La prestazione universale: la sperimentazione alla prova dei numeri

La Legge delega 33/2023 prevedeva di trasformare l'indennità di accompagnamento in una prestazione universale graduata sul bisogno, con la scelta fra denaro e servizi (questi ultimi con importo maggiorato). **Il D. Lgs. 29 l'ha sostituita, per il biennio 2025-2026, con una sperimentazione: una quota integrativa di 850 euro mensili («assegno di assistenza») che si aggiunge all'indennità di accompagnamento, lasciata immutata.** È riservata agli ultraottantenni con bisogno assistenziale gravissimo, ISEE sociosanitario non superiore a 6.000 euro, titolari dell'indennità e non ricoverati in strutture residenziali. La quota integrativa non è libera: va spesa per retribuire assistenti familiari regolarmente assunte (con almeno 15 ore settimanali) o per acquistare servizi di assistenza sociale non sanitaria da imprese e professionisti qualificati, con rendicontazione e controlli, pena la decadenza. **Le risorse sono di 250 milioni l'anno, sufficienti per circa 25.000 beneficiari.**

L'attuazione è stata lenta: i criteri per individuare il bisogno gravissimo sono stati approvati con il DM 19 dicembre 2024 (n. 155/2024), le modalità operative con il decreto del 21 febbraio 2025 e l'INPS ha attivato le domande nel corso del 2025; le domande possono essere presentate fino al 31 dicembre 2026.

I numeri, a un anno dall'avvio, sono molto al di sotto delle previsioni: a settembre 2025 le domande erano meno di 5.000 e ne era stato accolto il 41%, cioè circa 2.000 beneficiari effettivi a fronte dei 25.000 attesi. Stime successive parlano di alcune migliaia di prestazioni concesse nel corso del 2025, ma dati ufficiali aggiornati non sono stati reperiti. Le ragioni non sono misteriose: la combinazione di età, bisogno gravissimo, indennità di accompagnamento e ISEE a 6.000 euro restringe

la platea a poche persone, cui si aggiungono la difficoltà di certificare la disabilità gravissima e l'esclusione dei ricoverati in strutture. Erano rischi segnalati già nel 2024 (Patto, 2024).

Il problema, inoltre, non è solo quantitativo. Con questa impostazione il diritto nasce non dal solo bisogno assistenziale ma anche dalla condizione economica: la tutela della non autosufficienza in quanto tale smette di essere un obiettivo del welfare pubblico, che interviene solo quando la persona o la famiglia non sono in grado di provvedere (Gori, Pesaresi e Vanni, 2025). E' mancata, inoltre, la sperimentazione della graduazione dell'importo per bisogno o la scelta fra denaro e servizi con maggiorazione.

Il nodo dei prossimi mesi è che la sperimentazione scade il 31 dicembre 2026 e, per quanto emerge dalle fonti, non è prevista una proroga. In realtà, bisognerebbe riscrivere la prestazione come contributo calibrato sui bisogni, capace di incentivare il lavoro regolare di cura. Si tratterebbe in sostanza di ricominciare daccapo, ma ci sarà questo coraggio e questa volontà?

Assistenti familiari e caregiver: un passo, mezzo pacchetto

Il decreto interministeriale del 19 settembre 2025 (Lavoro, Istruzione, Università) adotta le linee guida nazionali sugli standard formativi degli assistenti familiari: percorsi di almeno 70 ore, certificati regionali validi su tutto il territorio, iscrizione agli elenchi regionali (previsti dall'art. 38, c. 3), riconoscimento della certificazione UNI 11766:2019 come equivalente ai moduli tecnico-professionali. Le Regioni che non hanno ancora la figura nei propri repertori avevano otto mesi dall'adozione, cioè fino a circa maggio 2026, per adeguarsi; lo stato di recepimento andrà verificato regione per regione.

È un passo utile, ma dentro **un pacchetto rimasto neanche a metà**. La Legge delega collegava qualificazione, incentivi all'emersione del lavoro "nero" e agevolazioni fiscali per le famiglie: il decreto 29 ha lasciato cadere il riordino dei benefici fiscali, ha limitato a una sperimentazione circoscritta la prestazione universale (l'unico incentivo all'uso di lavoro regolare) e, per la ricognizione delle agevolazioni prevista dall'art. 37, non risultano interventi. Il settore intanto è in larga parte sommerso: al 2025 le badanti regolari erano oltre 413.000 secondo l'INPS, mentre quelle irregolari erano 393.000 (Domina, 2026).

Quanto ai caregiver familiari, l'art. 39 è la parte più organica del decreto sul tema: fa propria la definizione della L. 205/2017, prevede la partecipazione del caregiver alla valutazione e al piano assistenziale, l'informazione, la valorizzazione delle competenze e l'attenzione ai giovani caregiver. Ma le sue disposizioni operative si appoggiano alle UVM e al PAI e restano dunque, di fatto, sospese fino al 2027-2028. Inoltre, è necessario sottolineare che il DDL 2789 del Governo sui caregiver familiari attualmente in discussione in Parlamento prevede l'abrogazione di tali norme.

Gli ATS e il monitoraggio

Sul versante degli Ambiti territoriali sociali, il decreto interministeriale del 24 giugno 2025 ha approvato le linee guida sui modelli organizzativi omogenei, per rafforzare la gestione associata e l'attuazione dei LEPS. **Resta invece senza decreto il sistema di monitoraggio dei LEPS** (art. 23), che nelle bozze riguardava soltanto i LEPS sociali e non la sanità né la prestazione universale. Il nuovo sistema di garanzia introdotto dalla legge di bilancio 2026, con misure correttive in caso di inadempienza, rischia ora di sovrapporsi al monitoraggio previsto dal D. Lgs. 29: due percorsi che andranno raccordati.

Sebbene il decreto previsto dall'art. 23, comma 1, del D.Lgs. 29/2024, destinato a definire il sistema di monitoraggio dei LEPS, i relativi indicatori e gli interventi sostitutivi, non risulti ancora adottato, il Ministero del Lavoro ha progressivamente utilizzato e potenziato il SIOSS quale principale infrastruttura informativa per il monitoraggio dell'attuazione dei LEPS. In particolare, il DM 44/2025 ha introdotto nel SIOSS specifici moduli di rilevazione relativi ai servizi e agli interventi che costituiscono i LEPS. Il SIOSS costituisce pertanto uno degli strumenti attraverso i quali viene oggi effettuato il monitoraggio di alcuni LEPS, ma non può essere considerato formalmente sostitutivo del decreto previsto dall'art. 23.

Il tutto chiama a gran voce la necessità di completare il quadro normativo e di raccordare in modo unitario ed integrato le diverse iniziative relative al sistema di monitoraggio del sistema.

Le risorse: l'anello che manca

La riforma non ha ricevuto finora risorse dedicate, a parte i 250 milioni di euro per la sperimentazione minimale della Prestazione universale. Si stima che a regime servano fra 5 e 7 miliardi di euro l'anno di spesa pubblica aggiuntiva, da raggiungere gradualmente (Gori, Pesaresi e Vanni, 2025). Quello che è arrivato sono risorse ordinarie, già previste prima della legge di riforma: il Fondo per le non autosufficienze che sale da 914 milioni nel 2024 a 1,1 miliardi nel 2027 per effetto della traiettoria fissata dalla legge di bilancio 2022. **Nulla è stato previsto, invece, nella legge di bilancio 2026 per l'attuazione della riforma della non autosufficienza.**

Osservazioni conclusive

La valutazione dello stato di attuazione suggerisce almeno tre riflessioni. La prima è che **i tempi non sono stati rispettati in modo sistematico**: cinque atti su nove, dieci mesi di ritardo medio per quelli adottati, oltre due anni per quelli mancanti; sul cuore della riforma, la valutazione unificata, due proroghe del termine e un rinvio di un anno della sperimentazione. La seconda è che **ciò che è stato adottato non modifica l'impianto pre-riforma**: definisce condizioni di accesso a una misura sperimentale, ambiti organizzativi e standard formativi, ma rinvia il resto. La terza è che **il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana 2025-2027, importante segnale di ripristino della programmazione peraltro ancora in corso di pubblicazione, non sostituisce le riforme di cui il sistema ha bisogno: consolidano l'esistente e ripartono le risorse già previste.**

Non tutto, per la verità, è fermo. **Le linee guida per gli ATS e per la formazione degli assistenti familiari, il personale dedicato ai PUA e il sistema di garanzia dei LEPS in legge di bilancio 2026 compongono un quadro in cui la macchina amministrativa comunque si muove**. Il rischio è che si muova lungo il sentiero più facile, quello dei provvedimenti che non chiedono di ridefinire i rapporti fra sanità e sociale né di investire risorse aggiuntive, mentre restano sospesi proprio i passaggi in cui sanità e sociale devono incontrarsi: valutazione unificata, domiciliarità integrata, requisiti delle strutture residenziali.

BIBLIOGRAFIA

Gori C., Pesaresi F., Vanni E. (2025), *Riforma assistenza anziani: ritardo sì, immobilismo no*, in Lavoce.info, 18 dicembre.

Ministero Salute (2025), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2023.*

Osservatorio Nazionale Domina (2026), *Lavoro domestico: la regolarizzazione vale 2,5 miliardi di entrate per lo Stato*, 4 giugno.

Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza (2024), *Alla ricerca del futuro*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.

Pesaresi F. (2026), *242.570 anziani in lista d'attesa per le strutture residenziali, in* Welforum.it, 5 maggio.