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

2025-2027

Sommario

Introduzione 4

Capitolo 1 – Il quadro di contesto 6

1.1 Il PNNA 2022-2024 6

1.2 Continuità, per l'anno 2025, degli interventi previsti dal precedente Piano 2022-2024 7

1.3 Il quadro demografico e normativo delle politiche per le persone anziane 7

1.4 Raccordo strategico con le programmazioni nazionali vigenti 8

1.5 Le recenti riforme in materia di persone anziane e persone con disabilità 9

1.5.1 La legge 23 marzo 2023, n. 33, recante *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane* 10

1.5.2 Il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 recante *Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33*. ... 10

1.5.3 La riforma in materia di disabilità 11

1.5.4 La legge di bilancio 2026 e il rafforzamento dei livelli essenziali delle prestazioni 13

Capitolo 2 – La platea dei destinatari 15

2.1 Individuazione e definizione della platea delle persone anziane non autosufficienti 15

2.2 Definizione dei criteri di identificazione dei destinatari e di accesso alle prestazioni del Piano 16

2.3 Persone con disabilità divenute anziane: principio di continuità 16

Capitolo 3 – La struttura della governance istituzionale 18

3.1. Riparto delle competenze tra i diversi attori istituzionali coinvolti 18

3.2 Modalità di attuazione dell'integrazione sociosanitaria 19

3.2.1 Gli accordi 19

3.2.2 L'integrazione sociosanitaria: profili organizzativi 20

3.3 Struttura, funzioni e articolazione territoriale degli ATS 21

3.4 Rafforzamento degli ATS 25

3.5 Struttura, funzioni e articolazione territoriale del Punto unico di accesso (PUA) 25

3.6 Servizi di comunità, modelli di rete e sussidiarietà orizzontale come modello di *governance* 27

Capitolo 4 – Percorso valutativo integrato e progetti personalizzati della persona anziana, anche non autosufficiente 30

4.1 Valutazione multidimensionale unificata 30

4.2 Progetto assistenziale individuale integrata (PAI) 33

4.3. *Budget* di cura e assistenza 34

Capitolo 5 – Matrici di processo 36

5.1 Fase di sperimentazione 36

5.2 Matrice di programmazione 39

Capitolo 6 – Il sistema dei servizi 40

6.1 Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali 41
6.1.1 Attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali: programmazione regionale 42

6.2 Assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari 42

6.3 Servizi sociali di sollievo 44

6.4 Servizi sociali di supporto 45

6.5 Servizi residenziali, semiresidenziali e diurni socioassistenziali 45

6.6 Servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari 47

6.7 Misure per garantire l'accesso alle cure palliative 49

6.8 Attività di formazione a favore del personale con professionalità sociale 50
6.8.1 Percorsi formativi per le *équipe* sociosanitarie 52

Capitolo 7 – La Prestazione Universale 55

7.1 Beneficiari della Prestazione 56

7.2 Modalità di presentazione della domanda 58

7.5 Fonti di finanziamento 60

Capitolo 8 – Personale previsto e assunto per i PUA 62

8.1 Impegni delle Amministrazioni Locali e della Aziende Sanitarie Locali (ASL) 63

Capitolo 9 – Programmazione, monitoraggio e rendicontazione 65

9.1 Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS) 65

9.2 Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali 65

9.3 Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali 67

9.5 Programmazione 69

9.6 Monitoraggio 70

9.7 Rendicontazione 71

Capitolo 10 – Risorse finanziarie 72

10.1 Ambiti di intervento rispetto alle risorse 72
10.1.1 I servizi socioassistenziali nelle aree individuate dall'articolo 1, comma 162, lettere *a*), *b*) e *c*), della legge n. 234/2021 73

10.1.2 Criteri di qualificazione della programmazione regionale ai fini dell'attuazione dei LEPS 78

10.2 Risorse 79

10.3 Il riparto delle risorse 80
10.3.1 Rafforzamento professionalità sociali nei PUA 89

Introduzione

Il Piano nazionale per l'assistenza e la cura delle fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana (di seguito anche "Piano") è adottato in attuazione dell'articolo 2, comma 3, della legge 23 marzo 2023 n. 33 (legge n. 33/2023), recante *deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*. Esso costituisce il documento di programmazione triennale volto a definire, in modo organico e coordinato, gli indirizzi e le misure finalizzate alla prevenzione delle condizioni di fragilità, alla promozione dell'autonomia e al sostegno della non autosufficienza nella popolazione anziana.

Il presente Piano si inserisce nel percorso di riforme avviato con la legge 22 dicembre 2021, n. 227, (legge n. 227/2021) recante *Delega al Governo in materia di disabilità*, e proseguite con la citata legge n. 33/2023, ponendosi in linea di continuità con la programmazione definita dal Piano nazionale per la non autosufficienza (PNNA) 2022-2024 e con il successivo PNNA 2025-2027.

Ciò premesso, l'articolo 2, comma 3, della legge n. 33/2023, in materia di non autosufficienza, dispone una distinta programmazione degli interventi e dei servizi a favore delle persone con disabilità e per le persone anziane, prevedendo l'istituzione, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), con il compito di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo alle politiche per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza. Il CIPA adotta, infatti – con cadenza triennale, e aggiornamento annuale, nonché previa intesa in sede di Conferenza unificata, sentite le parti sociali, le associazioni di settore e le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità – il *Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana* ed il *Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana*. Tale Piano, pertanto, con specifico riferimento alla possibilità di utilizzo delle risorse disponibili, è rivolto esclusivamente alle persone anziane non autosufficienti che abbiano compiuto 70 anni[1].

La previsione di strumenti programmatori distinti risponde all'esigenza di voler assicurare un impianto più coerente, rispetto alle necessità delle persone con disabilità e delle persone anziane, valorizzando le peculiarità dei rispettivi bisogni assistenziali di ciascuna platea e garantendo, nel contempo, continuità, uniformità e coordinamento sistematico tra gli ambiti sociale, sanitario e sociosanitario.

Il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, (d.lgs. n. 29/2024) adottato in attuazione della legge n. 33/2023, ha delineato l'assetto organico degli interventi in favore della popolazione anziana, che si fonda sulla valutazione multidimensionale unificata (VMU), sulla presa in carico integrata, sulla semplificazione

[1] Ai sensi dell'articolo 40 del d.lgs. n. 29/2024

dell’accesso ai servizi e della permanenza al domicilio, quale opzione da privilegiare, in conformità ai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) e ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). In questo ambito, sono individuati, quali elementi strutturali del sistema, i Punti Unici di Accesso (PUA), quali sedi di raccordo unitario per l’accesso ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari.

In tale contesto, il presente Piano definisce l’impianto programmatorio per il triennio 2025-2027, assicurando coerenza con i principi e gli obiettivi stabiliti dalle riforme legislative sopra richiamate, nonché la progressiva attuazione dei LEPS, dei modelli di presa in carico integrata e la continuità territoriale delle misure. Il documento concorre, altresì, alla qualificazione del sistema degli interventi, mediante azioni orientate alla prevenzione delle fragilità e alla permanenza della persona anziana non autosufficiente nel proprio contesto di vita.

Il Piano, in coerenza con gli obiettivi delineati dal d.lgs. n. 29/2024, mira a costruire un sistema capace di integrare in modo armonico la dimensione sanitaria e quella sociale, così da garantire alla popolazione anziana non autosufficiente condizioni adeguate di tutela, dignità, assistenza e partecipazione, nel rispetto dei diritti sociali fondamentali riconosciuti dall’ordinamento.

Capitolo 1 – Il quadro di contesto

1.1 Il PNNA 2022-2024

Il Piano nazionale per la non autosufficienza (d'ora innanzi anche PNNA) 2022-2024, adottato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri il 3 ottobre 2022 (in G.U. n. 294 del 17 dicembre 2022), ha rappresentato uno strumento guida per il processo di transizione verso un sistema di servizi integrati, connotati dalla multidimensionalità delle risposte e dalla centralità della persona, trovando progressivamente conferma nei provvedimenti normativi adottati nell'ambito delle riforme in materia di disabilità e di non autosufficienza delle persone anziane.

Nel suo impianto generale, il PNNA si fonda sui principi di universalità e di prossimità nei confronti delle persone. Tali principi sono volti a garantire ai cittadini, in modo graduale e progressivo, adeguati livelli di "qualità di vita, pari opportunità, non discriminazione, nonché interventi di prevenzione, eliminazione o mitigazione delle condizioni di svantaggio e vulnerabilità". Il PNNA 2022-2024, inoltre, ha anticipato alcuni aspetti di particolare rilevanza, successivamente sviluppati nell'ambito delle due citate riforme. Nel precedente PNNA sono, stati definiti gli obiettivi specifici, i programmi operativi, gli strumenti e la programmazione nazionale delle risorse assegnate al Fondo per le non autosufficienze (d'ora in avanti anche FNA), di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge di bilancio 27 dicembre 2006, n. 296, attraverso una matrice di programmazione che mette in correlazione gli obiettivi di servizio ai LEPS, inclusi quelli previsti dall'articolo 1, comma 162 lett. *a), b), c)* della legge di bilancio 30 dicembre 2021, n. 234, destinati a due diverse platee di beneficiari: persone anziane non autosufficienti con alto o basso bisogno assistenziale e/o persone con disabilità grave o gravissima, che abbiano superato il 65° anno d'età.

Al riguardo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce convenzionalmente anziana una persona che ha compiuto i 65 anni; tuttavia, gli interventi previsti dal d.lgs. n. 29/2024 sono destinati, fermo restando quanto disposto dagli articoli 33, commi 1 e 2, 34, 35 e 36, alle persone anziane che abbiano compiuto settant'anni, in coerenza con quanto stabilito dall'articolo 40 del citato d.lgs. n. 29/2024 (*cfr*. Par. 2.1).

Parallelamente, il PNNA è stato concepito per promuovere, in modo graduale, l'attuazione dei LEPS su tutto il territorio nazionale e per favorire una maggiore integrazione tra sistema sociale e sistema sanitario. Tutto ciò è stato orientato a favore di un approccio preventivo, volto a ridurre il ricorso a interventi emergenziali e maggiormente onerosi, in un contesto segnato dall'invecchiamento della popolazione e da condizioni di fragilità sempre più complesse.

In tale prospettiva, il PNNA 2022-2024 assume il ruolo di vero e proprio precursore, rispetto alle citate riforme, potendo essere letto come il primo tentativo organico di tradurre in strumenti operativi una visione unitaria della non autosufficienza, anticipando l'architettura concettuale e metodologica del nuovo modello

di *welfare* integrato, fondato sulla centralità della persona e su diritti esigibili e omogenei sull'intero territorio nazionale.

1.2 Continuità, per l'anno 2025, degli interventi previsti dal precedente Piano 2022-2024

Con riferimento al contesto illustrato e in coerenza con le recenti riforme, il *Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana* 2025- 2027 definisce l'impianto strategico e le misure da mettere in atto per assicurare alle persone anziane non autosufficienti un adeguato accompagnamento e supporto, in favore di una vita quanto più possibile autonoma e indipendente.

In considerazione della progressiva attuazione di tali riforme e al fine, in particolare, di accompagnare in modo graduale il processo di riforma a favore delle persone anziane anche non autosufficienti, si provvede, per l'anno 2025, a garantire la continuità assistenziale per gli interventi già individuati e attivati nel precedente PNNA 2022-2024. Il medesimo principio di continuità è previsto, così come rappresentato nel PNNA 2025-2027, anche per le persone con disabilità in condizione di non autosufficienza, al fine di accompagnare in maniera graduale il processo di riforma in materia di disabilità.

Al riguardo, è stata infatti condivisa l'esigenza di garantire la continuità degli interventi per entrambe le platee definiti nell'ambito del precedente PNNA, in coerenza con le previsioni dell'articolo 1, comma 168, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (legge n. 234/2021) e in analogia con le indicazioni già fornite nel 2022. Con riferimento alla modalità di utilizzo della quota FNA 2025, resta fermo quanto già definito nell'ambito del PNNA 2025-2027.

Il Piano, che ha come riferimento temporale le annualità 2025, 2026 e 2027, oltre ad avere l'obiettivo di consolidare quanto già realizzato nella precedente programmazione, intende anche costruire un sistema di interventi che mettano al centro la persona anziana non autosufficiente e che sia in grado di rispondere in modo mirato alle esigenze espresse da tale platea, assicurando anche una transizione sostenibile, graduale e progressiva, da forme di assistenza indiretta ad un'assistenza diretta in continuità con quanto programmato nel triennio precedente.

1.3 Il quadro demografico e normativo delle politiche per le persone anziane

L'invecchiamento della popolazione costituisce uno dei principali fenomeni strutturali che caratterizzano l'evoluzione demografica delle società contemporanee e, in particolare, dell'ordinamento italiano. L'incremento della speranza di vita, unitamente alla progressiva crescita della popolazione anziana, determina un impatto significativo sui sistemi di *welfare*, sulle politiche sociali e sui modelli organizzativi dei servizi sociosanitari territoriali. Il fenomeno dell'invecchiamento evidenzia la presenza di fragilità ricorrenti e

strutturali, tra cui l'isolamento sociale, la solitudine abitativa, la progressiva riduzione delle reti familiari e di prossimità, nonché l'aumento delle condizioni di vulnerabilità socio-economica e sanitaria.

In tale contesto, il legislatore, con la legge n. 33/2023 ha conferito la delega al Governo per la tutela della dignità e il miglioramento delle condizioni di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane, mediante il riordino e il coordinamento della normativa vigente in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria. In tale quadro, si inseriscono gli strumenti programmatori nazionali per il triennio 2025-2027, previsti dall'articolo 2, comma 3, della medesima legge e successivamente menzionati al paragrafo sottostante.

1.4 Raccordo strategico con le programmazioni nazionali vigenti

La qualità della vita delle persone con maggiori fragilità rappresenta un obiettivo trasversale delle politiche pubbliche, in quanto essa coinvolge ambiti fondamentali quali l'inclusione sociale, la prevenzione delle situazioni di rischio e la promozione del benessere complessivo. Tali dimensioni, strettamente interconnesse tra loro, concorrono a delineare un approccio integrato che riconosce la necessità di interventi coordinati e coerenti.

In questa prospettiva appena delineata, il presente Piano rappresenta uno degli strumenti attraverso cui il sistema pubblico indirizza in modo coordinato le proprie politiche a favore delle persone anziane non autosufficienti, inserendosi in un più ampio quadro strategico, caratterizzato dalla condivisione di obiettivi comuni, quali la tutela della dignità, la promozione di condizioni di vita adeguate e inclusive e la prevenzione dell'acuirsi delle situazioni di vulnerabilità.

A tal fine, il *Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana* si configura come un documento di programmazione che opera in raccordo stabile con gli altri strumenti nazionali vigenti. Tale integrazione non costituisce un elemento meramente auspicabile, ma rappresenta una condizione indispensabile per assicurare coerenza istituzionale, continuità degli interventi e un'efficace complementarità tra le diverse strategie in atto. Tra i principali strumenti che concorrono a definire tale quadro complessivo si richiamano, in particolare, il *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026*, adottato con Decreto interministeriale del 2 aprile 2025, definisce le priorità e gli indirizzi per l'attuazione dei LEPS e garantisce un orientamento unitario alle regioni e agli enti locali, così da assicurare servizi sociali uniformi e di qualità sull'intero territorio. Da ultimo, il *Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana*, previsto dall'articolo 3, comma 1, del d.lgs. n. 29/2024, che, in quanto destinato alla platea delle persone anziane autosufficienti, promuove interventi di prevenzione, partecipazione sociale e sostegno all'autonomia nella fase dell'invecchiamento, consentendo in tal modo di contrastare l'insorgere di condizioni di vulnerabilità che potrebbero evolvere verso situazioni di non autosufficienza. Tutto ciò premesso, giova evidenziare che, nella redazione del presente Piano, è stata prestata particolare attenzione nel garantire la piena coerenza

dei contenuti con quanto già previsto nei Piani precedentemente adottati, mantenendo costante riferimento al quadro generale dei principi e degli interventi riformatori, nonché assicurando la continuità con il percorso delineato dagli strumenti attualmente vigenti.

1.5 Le recenti riforme in materia di persone anziane e persone con disabilità

Negli ultimi anni, l'Italia ha riconosciuto la necessità urgente di ripensare in profondità il sistema di assistenza rivolto alle persone più fragili, come le persone anziane, anche non autosufficienti e le persone con disabilità.

A livello nazionale, già i Piani previsti dall'articolo 21, comma 6, del Decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 (*Piano sociale nazionale*, *Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà* e *Piano per la non autosufficienza*), sono stati definiti al fine di migliorare il coordinamento tra i diversi livelli istituzionali e a garantire la coerenza tra le politiche e la loro attuazione locale, attraverso il potenziamento delle infrastrutture. L'obiettivo è creare un sistema integrato di servizi sociosanitari, con un approccio multidimensionale che risponda ai diritti e bisogni individuali, promuovendo, in primo luogo, la collaborazione tra Comuni, Ambiti territoriali Sociali (ATS), Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e Terzo settore.

In risposta a tali esigenze il legislatore ha avviato uno storico processo di riforma a favore delle persone anziane e delle persone con disabilità, rispettivamente attraverso l'emanazione della legge n. 33/2023 e della legge n. 227/2021.

Tali riforme, costituiscono obiettivi strategici del *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* (PNRR), Missione 5 C2 *Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore* e hanno avuto avvio con la legge n. 227/2021, il cui fulcro è rappresentato dalla promozione dell'autonomia delle persone con disabilità, con l'obiettivo di dare piena attuazione alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea.

In questo modo è stato compiuto un primo passo per rispondere in modo concreto alle criticità e agli impatti economici, sociali e sanitari generati dalla pandemia di *Covid*-19. Il processo di riforma avviato permette di individuare azioni operative per il rafforzamento del sistema di *welfare*, così da offrire risposte più efficaci alle esigenze delle diverse platee interessate.

La necessità di potenziare l'attuale sistema di *welfare* emerge anche dalle proiezioni demografiche, che evidenziano un aumento della speranza di vita e un calo della natalità: dinamiche che determinano una pressione crescente sul sistema e un ampliamento delle fasce di popolazione bisognose di assistenza.

Peraltro, la legge n. 227/2021, all'articolo 2, comma 2, lettera *h*), punto 2, ha previsto l'individuazione di ulteriori obiettivi di servizio, in aggiunta agli attuali servizi e alle relative modalità di accesso. Ciò nelle more

della definizione delle procedure per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni a favore delle persone con disabilità e nel rispetto delle misure già qualificate come LEPS, quali ad esempio gli interventi per la Vita Indipendente.

Le riforme in materia di disabilità e di assistenza alle persone anziane mirano a porre la persona al centro degli interventi, garantendole un ruolo attivo e riconoscendo la complessità dei suoi bisogni. La centralità della persona costituisce, infatti, uno dei princìpi guida fondamentali attorno ai quali sono stati costruiti i decreti attuativi, orientando scelte, strumenti e modelli organizzativi verso un sistema più inclusivo, personalizzato e rispettoso delle diverse condizioni di vita.

1.5.1 La legge 23 marzo 2023, n. 33, recante *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*

Come anticipato nel paragrafo precedente, il legislatore, con la legge n. 33/2023 ha avviato un ampio processo di riforma volto a rafforzare le politiche dedicate alla popolazione anziana, delineando un sistema di servizi e interventi fondato sull'integrazione tra ambito sociale e sanitario.

L'integrazione tra servizi sociali e sanitari rappresenta l'obiettivo principale della citata legge, in quanto in considerazione dell'evoluzione avvenuta nei contesti familiari, sociali e lavorativi si è evidenziata la necessità di assicurare un *continuum* assistenziale relativamente alla presa in carico della persona. In tale ottica nell'ambito della legge n. 33/2023 sono stati individuati gli elementi necessari per individuare un nuovo tipo di valutazione che tenga conto della componente bio-psico sociale della persona, così da garantire una valutazione più completa ed efficace dei bisogni della stessa.

In coerenza con tale impostazione, il legislatore ha attribuito particolare rilievo, da un lato, ad una sempre più efficace integrazione tra servizi sociali e sanitari, con l'obiettivo di superare la frammentazione delle competenze tra comuni, Aziende Sanitarie Locali (ASL) e altri enti e di assicurare percorsi unitari e continuativi di presa in carico; dall'altro, al potenziamento dell'assistenza domiciliare, considerata strumento essenziale per favorire la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente di vita e ridurre il ricorso, spesso non necessario, alle strutture residenziali.

1.5.2 Il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 recante *Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33*.

Con il d.lgs. n. 29/2024, con specifico riguardo alle persone anziane non autosufficienti, si è provveduto a dare attuazione ai criteri e ai principi direttivi della citata legge n. 33/2023, meglio illustrati nella figura sottostante:

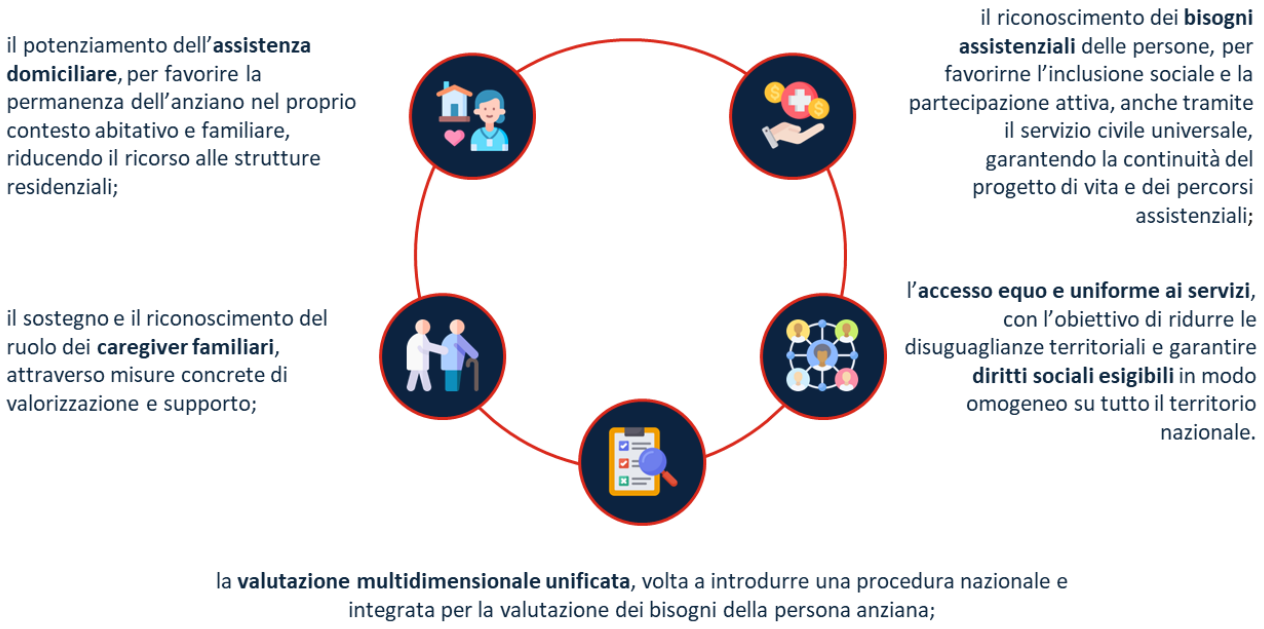


Figura 1, Criteri e principi direttivi della citata legge n. 33/2023

Il decreto mira, inoltre, a riordinare, semplificare e coordinare le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria destinate agli anziani non autonomi. In tale quadro, è centrale il ruolo del PUA, che assicura la funzionalità delle equipe di valutazione multidimensionale per definire la condizione di non autosufficienza e ad elaborare il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI). Quest'ultimo rappresenta lo strumento centrale per individuare le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali più appropriate, costruendo un percorso personalizzato e continuativo di cura e accompagnamento.

In questa prospettiva, la legge n. 33/2023 e il d.lgs. n. 29/2024 segnano una svolta culturale e sistemica: da un approccio frammentato e assistenzialistico si passa a un modello unitario, integrato e orientato alla persona, capace di accompagnare gli anziani nel tempo della fragilità, promuovendo al contempo autonomia, partecipazione e benessere.

1.5.3 La riforma in materia di disabilità

La riforma in materia di disabilità, introdotta con la legge n. 227/2021, ha come finalità principale quella di garantire alle persone con disabilità il pieno esercizio dei diritti civili e sociali, inclusi "il diritto alla vita indipendente e alla piena inclusione sociale e lavorativa", nonché di promuovere l'autonomia personale e la parità di opportunità nel rispetto dei principi di autodeterminazione e di non discriminazione.

L'obiettivo è realizzare un cambiamento di paradigma, in linea con quanto stabilito dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità del 2006, ratificata dall'Italia nel 2009. Tale cambiamento favorisce una prospettiva che non si concentra più sulle limitazioni dell'individuo, ma sulla persona nella sua interezza, valorizzandone desideri, aspettative e preferenze e riconoscendole il diritto di definire liberamente

il proprio progetto di vita con l'adeguato supporto. In questa prospettiva, viene superato il tradizionale modello di valutazione della persona in favore di un approccio bio-psico-sociale, secondo cui la condizione di disabilità non è più considerata esclusivamente come una condizione sanitaria, ma come un fenomeno multidimensionale che richiede politiche di inclusione e partecipazione attiva alla vita collettiva.

Elemento centrale di questo nuovo paradigma è il *Progetto di vita individuale*, concepito in modo personalizzato e partecipato, come previsto dall'articolo 2, comma 2, lettera *c)* della legge n. 227/2021. Le fasi di elaborazione e attuazione del progetto possono essere ricondotte al processo amministrativo delineato dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, (legge n. 241/1990) recante *Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi*. Attraverso tale impostazione, il legislatore ha inteso garantire una maggiore tutela dei diritti delle persone, promuovendo trasparenza, partecipazione e coerenza procedurale nell'ambito delle politiche inclusive. Il Progetto di vita, dunque, rappresenta uno strumento volto a individuare, in una visione unitaria e personalizzata, i sostegni – formali e informali – necessari a migliorare la qualità della vita della persona, promuovendone le potenzialità, la libertà di scelta e la piena partecipazione in condizioni di pari opportunità, nel rispetto del principio di autodeterminazione.

Al fine di realizzare tali finalità, è essenziale assicurare una concreta integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari. Solo attraverso un sistema sociosanitario realmente integrato è possibile rispondere in modo efficace e coordinato ai bisogni dei cittadini, promuovendo percorsi di autonomia e vita indipendente.

In attuazione della legge delega n. 227 del 2021, sono stati emanati tre decreti legislativi di particolare rilievo: il decreto legislativo 13 dicembre 2023, n. 222, recante *Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità*; il decreto legislativo 5 febbraio 2024, n. 20, istitutivo dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità; il Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, recante *Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato*.

Quest'ultimo rappresenta il fulcro della riforma e mira a garantire il riconoscimento della condizione di disabilità, la rimozione degli ostacoli e l'attivazione dei sostegni necessari per il pieno esercizio dei diritti civili e sociali, nonché l'accesso effettivo ai servizi, alle prestazioni e ai benefici, nel rispetto dei principi di uguaglianza, autodeterminazione e non discriminazione.

Lo stesso introduce una significativa semplificazione delle procedure di accertamento, attribuendo all'INPS la competenza sulla valutazione di base, la quale ricomprende i procedimenti relativi al riconoscimento della disabilità, dell'invalidità civile, della cecità, della sordità, della sordocecità, nonché della disabilità ai fini scolastici e lavorativi e della non autosufficienza.

In considerazione della portata innovativa della riforma, è stata prevista una fase di sperimentazione che è stata avviata nel 2025 e al termine della quale le nuove disposizioni entreranno in vigore su tutto il territorio nazionale. Le modalità operative, le tempistiche di estensione territoriale e gli aspetti applicativi della fase sperimentale sono disciplinati in modo più puntuale dal d.lgs. n. 62/2024, dai relativi decreti di attuazione e dal Piano nazionale per la non autosufficienza 2025–2027, che forniscono il quadro dettagliato di riferimento per l'attuazione progressiva della riforma sul territorio nazionale.

1.5.4 La legge di bilancio 2026 e il rafforzamento dei livelli essenziali delle prestazioni

Nel solco tracciato dalle riforme in materia di persone anziane e di disabilità, la legge 30 dicembre, n. 199, recante *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028* (legge di bilancio 2026) interviene in modo significativo sul sistema delle politiche per la non autosufficienza, assumendo un ruolo centrale nel processo di attuazione del nuovo modello delineato dalla legge n. 33/2023 e dal d.lgs. n. 29/2024. In particolare, il legislatore introduce misure volte a consolidare il quadro programmatorio e finanziario, rafforzando gli strumenti di governance e rendendo più incisivo il principio dell'uniformità dei diritti sull'intero territorio nazionale.

Tali disposizioni si collocano in una prospettiva di continuità rispetto al percorso avviato dal PNNA 2022-2024 e dalle riforme di settore, contribuendo a tradurre in assetti operativi i principi di universalità, prossimità e integrazione sociosanitaria. In questo contesto, in particolare, assume un fondamentale rilievo il comma 700, che individua ulteriori livelli essenziali delle prestazioni incidendo direttamente sull'organizzazione dei servizi territoriali e sulle capacità dei sistemi locali di garantire risposte adeguate e omogenee in relazione ai bisogni delle persone anziane non autosufficienti.

Il legislatore, infatti, qualifica come livelli essenziali:

a. la presenza di un **assistente sociale**, **ogni 5.000 abitanti**
b. la costituzione di un'***équipe* multidisciplinare**, con uno **psicologo** ogni **30.000 abitanti** e un **educatore** professionale socio-pedagogico ogni **20.000 abitanti**
c. l'erogazione di **almeno un'ora settimanale di assistenza domiciliare** per le persone non autosufficienti, modulata in base ai beneficiari e alle risorse disponibili

L'introduzione di tali *standard* segna un passaggio di particolare rilevanza, poiché estende il concetto di LEPS non solo alle prestazioni in senso stretto, bensì anche alle dotazioni strutturali e professionali necessarie a rendere effettivi i diritti. In tal modo, i principi di multidimensionalità della valutazione, personalizzazione

degli interventi e prossimità dei servizi trovano una concreta traduzione in requisiti organizzativi minimi, funzionali all'attuazione delle riforme sopra descritte.

La legge di bilancio 2026 si configura, pertanto, come un tassello fondamentale nel passaggio dal disegno riformatore alla piena esigibilità dei diritti, rafforzando il carattere strutturale dei LEPS e contribuendo a ridurre le disomogeneità territoriali. In questa prospettiva, le disposizioni finanziarie e organizzative introdotte non si limitano a sostenere il sistema delineato, ma ne consolidano l'architettura, ponendo le basi per l'attuazione progressiva e uniforme del nuovo modello di presa in carico delle persone anziane non autosufficienti, che il presente Piano è chiamato a disciplinare e a rendere operativo.

Capitolo 2 – La platea dei destinatari

2.1 Individuazione e definizione della platea delle persone anziane non autosufficienti

Come già rappresentato, il presente Piano si pone in linea di continuità con quanto definito e realizzato nell'ambito del PNNA 2022-2024, perimetrando il campo dell'intervento sociale in relazione alle situazioni culturali, socioeconomiche e relazionali che caratterizzano la condizione di non autosufficienza nei diversi contesti di riferimento.

Tale documento si inserisce nell'ambito di quanto previsto dal legislatore nella legge n. 33/2023, ove all'articolo 2, comma 3, lettera *a)*, prevede l'adozione di uno specifico strumento di programmazione integrata degli interventi a livello nazionale per le persone anziane non autosufficienti: il *Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana*, destinato a sostituire il *Piano per la non autosufficienza*, limitatamente alla componente relativa alla popolazione anziana.

Al riguardo, occorre fare riferimento a quanto previsto dall'articolo 2, comma 1, lettera *c)*, del d.lgs. n. 29/2024, con il quale si provvede ad individuare la definizione di persona anziana non autosufficiente: ossia coloro che — anche in considerazione dell'età anagrafica e di eventuali disabilità pregresse — presentano gravi limitazioni o una perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e nel funzionamento bio-psico-sociale. Ciò premesso, rispetto al requisito anagrafico occorre necessariamente precisare quanto segue: in linea con le previsioni dell'articolo 2 del d.lgs. n. 29/2024, per persona anziana si intende chi ha compiuto 65 anni. Tale soglia è individuata altresì dall'OMS, quale età di ingresso nella fase anziana della vita, adottata principalmente per finalità statistiche, convenzionali e sanitarie. L'OMS sottolinea, tuttavia, che l'invecchiamento è un processo complesso e multidimensionale, influenzato da molteplici fattori, tra cui gli stili di vita, le condizioni di salute e il contesto socioeconomico.

Tuttavia, tale definizione deve essere letta in combinato disposto con quanto previsto dall'articolo 40 del citato decreto, fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, del medesimo provvedimento.

L'articolo 40 del d.lgs. 29/2024 prevede che le disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria in favore delle persone anziane non autosufficienti, si applicano alle persone che abbiano compiuto 70 anni, fermo restando la disciplina relativa alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata dei servizi sociosanitari in favore di persone non autosufficienti già prevista a legislazione vigente alla data di entrata in vigore del citato decreto (art. 2, comma 2, del d.lgs. 29/2024).

Figura 2, Articolo 40 del d.lgs. n. 29/2024

Pertanto, ai fini del presente Piano sono da considerarsi destinatari dello stesso le persone anziane non autosufficienti che hanno compiuto 70 anni. Coloro che hanno tra i 65 e i 70 anni sono, invece, destinatari degli interventi e delle prestazioni definite nell'ambito del *Piano nazionale per la non autosufficienza 2025 – 2027*, in virtù di quanto disposto dal richiamato articolo 40.

2.2 Definizione dei criteri di identificazione dei destinatari e di accesso alle prestazioni del Piano

Rispetto all'individuazione dei criteri per l'identificazione dei destinatari del presente Piano, con particolare riguardo alla condizione di non autosufficienza, occorre far riferimento al nuovo sistema di valutazione multidimensionale delineato nell'ambito dell'articolo 27 del d.lgs. n. 29/2024. La valutazione multidimensionale permette di prendere a riferimento la componente bio-psico sociale della persona, consentendo di svolgere una verifica più completa dei bisogni. Tale valutazione è attivata nell'ambito dei PUA, di cui all'articolo 1, comma 163, della legge n. 234/2021, e svolta da parte di un'apposita Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) unificata, composta da figure professionali sociali e sanitarie, meglio approfondite nel paragrafo 4.1. Proseguendo, in coerenza alle disposizioni del citato articolo 27, l'accesso ai processi valutativi di competenza del PUA avviene su indicazione del medico del ruolo unico di assistenza primaria o del medico di una struttura del servizio sanitario nazionale nei confronti della persona di età pari o superiore ai 70 anni in possesso congiuntamente dei seguenti requisiti:

a. persona affetta da almeno una **patologia cronica**;

b. persona con condizioni cliniche caratterizzate, anche in funzione dell'età anagrafica, dalla **progressiva riduzione delle normali funzioni fisiologiche**, suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e di determinare il rischio di **perdita dell'autonomia** nelle **attività fondamentali** della **vita quotidiana**, anche tenendo conto delle specifiche condizioni sociali, ambientali e familiari.

Per l'accesso ai servizi del PUA, ai sensi dell'articolo 27, comma 3, del d.lgs. n. 29/2024, sono individuati, quali criteri di priorità, l'essere una persona grande anziana e la presenza di una patologia cronica. Ulteriori criteri di priorità saranno individuati nell'ambito del decreto, di cui al comma 7 del citato articolo 27, con il quale saranno definiti i criteri per la individuazione delle priorità di accesso ai PUA, la composizione e le modalità di funzionamento delle UVM, nonché lo strumento della VMU, omogeneo a livello nazionale.

2.3 Persone con disabilità divenute anziane: principio di continuità

Alla luce dei principi e dei criteri delineati nei paragrafi precedenti, gli interventi e i servizi definiti nel presente Piano sono destinati anche alle persone con disabilità divenute anziane che, in ragione del naturale processo di invecchiamento, acquisiscono una condizione di non autosufficienza derivante da disabilità, permanente o progressiva, di natura fisica, sensoriale o cognitiva, in grado di determinare limitazioni

significative nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana, tali da richiedere un'assistenza continuativa o prevalente da parte di terzi.

Pertanto, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 33 del d.lgs. n. 29/2024, rubricato *Interventi per le persone con disabilità divenute anziane. Principio di continuità*, le persone con disabilità già accertata che raggiungono il sessantacinquesimo anno di età hanno diritto a mantenere la continuità dei servizi e delle prestazioni già in corso, senza subire esclusioni, ferma restando la trasformazione delle prestazioni di invalidità civile in assegno sociale, ove ricorrano i requisiti di legge. La continuità assistenziale è garantita attraverso un coordinamento strutturato tra i servizi già in carico, i PUA e l'UVM, prevedendo una revisione periodica del PAI, finalizzata ad adeguare gli interventi alle nuove esigenze legate all'invecchiamento.

Le medesime persone conservano, altresì, il diritto ad accedere, anche dopo il compimento del sessantacinquesimo anno, ai servizi e alle attività specifiche per la condizione di disabilità, in conformità al progetto di vita individuale, partecipato e personalizzato, di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *c),* della legge n. 227/2021.

In merito a quanto rappresentato, è importante precisare che le considerazioni sopra esposte devono essere necessariamente interpretate alla luce di quanto previsto dal Piano per la non autosufficienza 2025-2027, che individua come destinatari le persone di età compresa tra 0 e 70 anni. Conseguentemente, i soggetti che si trovano in condizione di disabilità e abbiano superato il settantesimo anno di età sono da considerarsi destinatari del presente documento. Al riguardo, si fa presente, che in linea con quanto previsto dal citato articolo 33, per la persona con disabilità che abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età viene predisposto il PAI, che integra il progetto di vita individuale e partecipato di cui al d.lgs. n. 62/2024, qualora già esistente, e si configura il *budget* di cura e di assistenza, in coerenza con il *budget* del progetto di vita, ove già predisposto.

Capitolo 3 – La struttura della governance istituzionale

3.1. Riparto delle competenze tra i diversi attori istituzionali coinvolti

Il sistema di *governance* istituzionale delineato dal legislatore in materia di politiche per la non autosufficienza nella popolazione anziana si fonda su un'articolazione multilivello, che coinvolge una pluralità di attori istituzionali, ciascuno dotato di specifiche competenze. In tale prospettiva, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il Ministero della salute, unitamente alle regioni, ai comuni (singoli e associati in ATS), ai Distretti Socio-Sanitari e aziende sanitarie, concorrono alla definizione e alla concreta attuazione di un sistema coordinato e unitario di interventi e servizi rivolti alle persone anziane non autosufficienti, che si sviluppa nell'ambito dell'integrazione sociale, sanitaria e sociosanitaria.

Il presente Piano, pur ponendosi in linea di continuità con la precedente programmazione, è caratterizzato da alcuni importanti elementi di novità che arricchiscono il sistema della *governance* istituzionale, come delineato dal legislatore, nell'ambito del d.lgs. n. 29/2024.

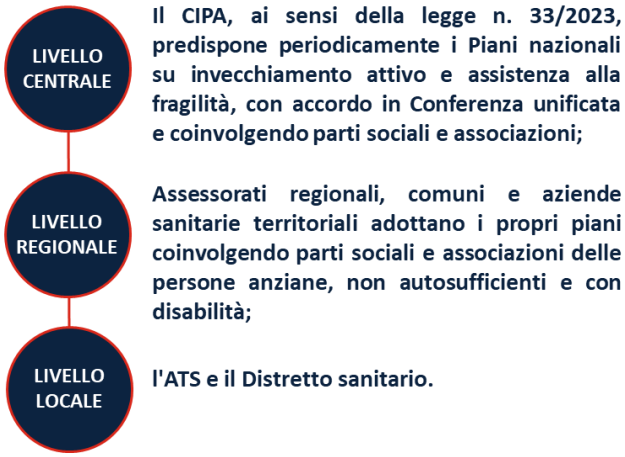
In particolare, al fine di promuovere il coordinamento e la programmazione per l'integrazione delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con specifico riguardo alle tematiche connesse alle politiche per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza, è stato istituito[2] presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri (PCM) il Comitato Interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana.

Tale Comitato è investito di competenze di particolare rilevanza che riguardano tra le altre l'adozione e l'aggiornamento triennale del Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana e del Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana. Il CIPA, inoltre, promuove l'armonizzazione dei LEPS con i LEA e l'integrazione dei sistemi informativi di tutti i soggetti competenti alla valutazione e all'erogazione dei servizi e degli interventi in ambito statale e territoriale mediante l'adozione di un sistema di monitoraggio nazionale, quale strumento per la rilevazione continuativa delle attività svolte e dei servizi e delle prestazioni resi.

Nell'ambito delle sue competenze, il CIPA si avvale del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (d'ora innanzi anche SNAA). Tale organo rappresenta una delle altre novità, che riguardano l'architettura della *governance* istituzionale nelle politiche a favore delle persone anziane, anche non autosufficienti.

[2] d.PCM 5 giugno 2023.

Lo SNNA è costituito dall'insieme integrato dei servizi e delle prestazioni sociali, di cura e di assistenza necessari a garantire un adeguato e appropriato sostegno ai bisogni della popolazione anziana. I soggetti responsabili dell'azione integrata di tale Sistema sono le amministrazioni centrali dello Stato competenti, l'INPS, le regioni e le province autonome, le aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale, i comuni singoli o associati in ATS. Lo svolgimento delle sue funzioni è assicurato dalla cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, in base alle rispettive competenze, agli strumenti e alle risorse finanziarie disponibili, come meglio illustrati nel *box* di fianco. In tale contesto, lo SNAA realizza i propri obiettivi attraverso una programmazione integrata delle misure sanitarie e sociali di competenza pubblica rivolte alle persone anziane non autosufficienti. Detta programmazione si fonda sui principi di appropriatezza, tempestività ed efficacia delle prestazioni e dei servizi erogati, garantendo interventi coerenti con i bisogni complessi della popolazione anziana fragile. Il tutto avviene nel rispetto dei modelli organizzativi definiti a livello regionale, così da assicurare un equilibrio tra indirizzo nazionale e specificità territoriali.



3.2 Modalità di attuazione dell'integrazione sociosanitaria

In considerazione dei mutamenti[3] avvenuti nei contesti familiari, sociali e lavorativi negli ultimi anni si è evidenziata la necessità di assicurare un *continuum* assistenziale relativamente alla presa in carico della persona. A tal riguardo, appare necessario definire un sistema integrato dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali. Ciò consentirà di garantire un migliore sviluppo dei processi di assistenza alla persona anziana non autosufficiente, consentendo di rispondere al meglio alle esigenze dei destinatari mediante una combinazione di interventi di natura sociale e sanitaria. La realizzazione di tale sistema integrato coinvolge in prima istanza le regioni, gli ATS, le Aziende sanitarie e i Distretti sanitari, nonché, a livello centrale, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e il Ministero della salute.

3.2.1 Gli accordi

Nello specifico, la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria, in coerenza con quanto disciplinato dall'articolo 26 del d.lgs. 29/2024, in un'ottica di continuità con quanto previsto dal PNNA 2022-2024 e con l'obiettivo di rafforzare la capacità del sistema di operare al fianco della comunità, è essenziale prevedere

[3] Per mutamenti si intendono le trasformazioni intervenute nei contesti familiari (riduzione dei nuclei familiari, invecchiamento della popolazione, indebolimento delle reti informali di supporto), sociali (maggiore mobilità, nuove forme di fragilità e aumento della complessità dei bisogni) e lavorativi (precarizzazione, flessibilità e discontinuità occupazionale), nonché l'evoluzione tecnologica e organizzativa dei servizi, che ha modificato modalità di accesso e gestione dell'assistenza.

una programmazione congiunta, da attuarsi attraverso la stipula di specifici accordi di programma tra ATS e Distretti sanitari. Tali accordi si pongono in linea di continuità con quelli già siglati in attuazione del precedente Piano, definiti *Accordi interistituzionali di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità*, che definiscono e regolano i contenuti della collaborazione sia organizzativa che professionale, necessaria per garantire un'azione integrata nell'erogazione degli interventi rivolti alla persona. Il raggiungimento dell'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria, infatti, dipende in larga misura dalla sinergia tra servizi sanitari e sociali, indispensabile per rispondere in modo adeguato ai bisogni della popolazione. Tale sistema integrato di servizi trova la sua concreta evidenza nel PAI, con il quale si mira a fornire una presa in carico globale della persona più efficace, valorizzando l'autonomia dei beneficiari attraverso misure finalizzate alla prevenzione dell'istituzionalizzazione anche tramite soluzioni innovative in merito alla sistemazione alloggiativa e alle nuove dotazioni strumentali, all'interno di una politica che promuova la domiciliarità in favore delle persone non autosufficienti. In tal modo si promuove l'effettiva integrazione operativa dei processi, così da recepire ed attuare concretamente le previsioni dell'articolo 1, comma 163, della legge n. 234/2021, in coerenza con i principi di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833[4], al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502[5], e alla legge 8 novembre 2000, n. 328[6].

3.2.2 L'integrazione sociosanitaria: profili organizzativi

La realizzazione dell'integrazione sociosanitaria richiede preliminarmente il rafforzamento dei servizi territoriali, così da ridurre le disuguaglianze e definire un modello di intervento condiviso e omogeneo a livello nazionale. In questo modo si configura un sistema di servizi universalmente accessibili e integrati, centrato sulla persona e in continuità con l'impianto già definito nella precedente programmazione.

Pertanto, in continuità con le previsioni del precedente Piano, successivamente confermate, prima nell'ambito della legge n. 33/2023 e poi nel d.lgs. n. 29/2024, particolare attenzione è rivolta ai profili organizzativi dei PUA, con riferimento alla costituzione delle *équipe* integrate per la valutazione multidimensionale e l'assunzione e la formazione del personale sociale, amministrativo e sociosanitario.

A tal proposito, l'organizzazione delle reti dei servizi nel contesto territoriale di riferimento (distretto/ATS) riveste un ruolo fondamentale ai fini della ricomposizione (anche organizzativa) dei servizi e degli interventi propri, sia del sistema dei servizi locali sociali che di quelli sanitari, a superamento delle frammentarietà dei diversi settori coinvolti, in una logica sistemica che vede obiettivi di servizio, LEPS e LEA, accomunati dall'unico obiettivo di rispondere alle esigenze delle persone in modo complessivo. Tale approccio evolutivo,

[4] Recante *Istituzione del servizio sanitario nazionale*.
[5] Recante *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.
[6] Recante *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. Per quanto concerne i profili di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti si prenda come rifermento l'Accordo di programma, che forma parte integrante del presente Piano.

nel quadro di riferimento delineato dall'articolo 1, comma 162, lettere *a), b), c*), e comma 163, della legge n. 234/2021, dal d.lgs. n. 29/2024 e dagli articoli 23, 24, 25, 29 e 30 del d.lgs. n. 62 del 2024, permette, quindi, di proiettare e orientare il sistema verso la progressiva costruzione di LEPS e di effettiva applicazione dei LEA di organizzazione e di gestione integrata, in cui poter definire le pertinenze organizzativo/gestionali di riferimento per conferire ai livelli di erogazione e di processo maggiore appropriatezza, omogeneità, tempestività, efficienza ed efficacia.

In questa prospettiva, per favorire una reale integrazione sociosanitaria, sarebbe opportuno riuscire a superare l'attuale disallineamento tra le aree territoriali coperte dai distretti sanitari e quelle degli ATS. Un progressivo raccordo tra le due delimitazioni geografiche consentirebbe infatti una migliore coordinazione degli interventi e una più efficace presa in carico delle persone anziane non autosufficienti.

Dall'effettiva realizzazione di un sistema integrato di servizi sociali e sanitari deriva la conseguente integrazione tra obiettivi di servizio, LEPS e LEA, che in una logica di complementarità e prossimità tra servizi, diventano elementi essenziali per garantire la continuità nei percorsi di salute, cura e assistenza sociale.

In prospettiva, il sistema può evolvere rafforzando:

- la presa in carico continuativa della persona, attraverso una piena integrazione tra componente sanitaria, sociale e sociosanitaria;
- una definizione più chiara e uniforme delle prestazioni socioassistenziali e sociosanitarie, con riferimento a contenuti, intensità e modalità di erogazione;
- la sinergia tra ambito sanitario e sociale mediante percorsi personalizzati e centrati sui bisogni della persona;
- la collaborazione operativa e il coordinamento stabile tra servizi sociali, sanitari e territoriali;

3.3 Struttura, funzioni e articolazione territoriale degli ATS

L'ATS rappresenta la sede territoriale della programmazione locale, concertazione e coordinamento degli interventi e dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale.

Il singolo Ambito, in linea con quanto previsto dall'articolo 8, comma 3, lett. *a*) della legge n. 328/2000 è individuato dalle regioni tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati. Spetta, pertanto, a queste la determinazione degli ATS e delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete.

Gli Ambiti svolgono un ruolo cruciale ai fini della realizzazione degli interventi previsti dal presente Piano, con particolare riguardo all'erogazione dei LEPS nei territori di riferimento. A tal fine agli ATS sono attribuite le seguenti funzioni:

- **a** coordinamento e governance del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- **b** pianificazione e programmazione degli interventi in base ad una analisi dei bisogni;
- **c** erogazione degli interventi e dei servizi;
- **d** gestione del personale nelle diverse forme associative adottate.

Con riferimento alle funzioni di cui alla lettera *a*) possono essere individuate tre diverse dimensioni:

- istituzionale, la cui titolarità resta in capo ai Comuni che si coordinano tramite appositi organismi come il Comitato o la Conferenza de sindaci che definiscono l'organizzazione dell'ATS, istituiscono l'Ufficio di Piano, approvano il Piano di Zona e curano il funzionamento del sistema dei servizi sociali;
- tecnico amministrativa, l'Ufficio di Piano attua gli indirizzi politici, gestisce procedure e risorse, autorizza e accredita servizi, monitora l'offerta socioassistenziale e promuove l'integrazione con politiche sociosanitarie, abitative, educative e del lavoro;
- *governance* la quale si fonda su una attività di coordinamento e integrazione con l'ambito sanitario, istruzione e lavoro, anche attraverso la concertazione tra istituzioni e società civile. In tale ottica il decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 ha rafforzato tale dimensione attraverso la costituzione della Rete della protezione e inclusione sociale che, nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, si articola in tavoli regionali e a livello di ATS. Ciascuna Regione e Provincia autonoma definisce le modalità di costituzione e funzionamento dei tavoli, nonché la partecipazione e consultazione dei soggetti della società civile, del terzo settore e delle organizzazioni sindacali, avendo cura di evitare conflitti di interesse e ispirandosi a principi di partecipazione e condivisione delle scelte programmatiche e di indirizzo, nonché del monitoraggio e della valutazione territoriale in materia di politiche sociali.

Rispetto alla pianificazione e programmazione degli interventi, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 19 della legge n. 328/2000, i comuni associati negli ambiti territoriali provvedono a definire il piano di zona, adottato con accordo di programma[7], ai sensi dell'articolo 34 del d.lgs. n. 267/2000, fermo restando quanto eventualmente diversamente disposto dalla normativa regionale di settore e agli strumenti ivi previsti per l'approvazione dei Piani di Zona.

Il principio guida è quello della pianificazione, intesa come un'azione amministrativa ordinata e razionale volta a definire gli obiettivi strategici e operativi, a collegare tali obiettivi alle risorse disponibili prevedendo

[7] *Cfr*. Accordo di programma, che costituisce parte integrante del presente Piano.

indicatori per il monitoraggio e per la verifica dei risultati raggiunti (decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, recante *Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*).

In tale dimensione l'introduzione del Piano di Zona rappresenta uno strumento strategico per le politiche sociali territoriali. Questo permette il coordinamento degli interventi, la concentrazione delle risorse e il coinvolgimento delle parti sociali e del Terzo settore, consentendo il superamento della frammentazione e l'integrazione tra politiche sociali e sanitarie.

In questo contesto si inserisce l'istituto della co-programmazione, introdotta dal Codice del Terzo Settore (articolo 55, decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117[8]), che prevede il coinvolgimento attivo degli Enti del Terzo settore (ETS) nell'individuazione dei bisogni, nella definizione degli interventi e nella messa a disposizione delle risorse.

Infine, il Piano di Zona nell'ambito della pianificazione e programmazione degli interventi deve essere integrato con gli altri strumenti di programmazione degli enti locali (DUP, Piano biennale servizi e forniture, Piano triennale fabbisogni del personale), per garantire coerenza, coordinamento ed un uso efficace delle risorse destinate ai LEPS.

Sul piano dell'erogazione dei servizi, la definizione dei LEPS, prevista dalla recente normativa, richiede l'adozione di modelli organizzativi omogenei, uniformando processi e strumenti dei servizi sociali. La legge di bilancio 30 dicembre 2020, n. 178ha introdotto il LEPS relativo al servizio sociale professionale, fissando un rapporto di 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti e un obiettivo di servizio pari a 1 ogni 4.000 abitanti. Per sostenere i comuni, sono stati previsti contributi economici agli ATS e risorse aggiuntive del Fondo di solidarietà comunale, anche per favorire assunzioni a tempo indeterminato nei territori con un rapporto inferiore a 1:6.500.

La legge n. 234/2021, all'articolo 1, comma 161, rafforza questa impostazione, prevedendo modelli organizzativi uniformi per un servizio sociale professionale d'ambito, nel rispetto dei principi deontologici della professione. La stessa legge attribuisce particolare centralità ai PUA, collocati presso le Case della Comunità, dove operano *équipe* integrate di personale sanitario e sociale.

Tali *équipe* garantiscono la valutazione multidimensionale (da parte delle UVM) e la definizione del PAI[9], condiviso con la persona non autosufficiente, la famiglia o l'amministratore di sostegno, e collegato ai sistemi informativi, e anche INPS.

[8] Recante *Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106*.
[9] Cfr. articolo 11 dell'Accordo di programma allegato al presente Piano.

La legge n. 234/2021 definisce inoltre ulteriori LEPS prioritari:

- a) pronto intervento sociale;
- b) supervisione del personale;
- c) dimissioni protette;
- d) prevenzione dell'allontanamento familiare;
- e) residenza fittizia;
- f) progetti per "dopo di noi" e vita indipendente.

Per questi interventi è necessario adottare modelli organizzativi omogenei a livello di Ambito, facendo riferimento anche al Nomenclatore CISIS (2013), che standardizza linguaggio e classificazioni dei servizi sociali e costituisce base utile per identificare i LEPS, in coerenza con il *Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2024-2026*.

La legge n. 328/2000 afferma il ruolo complementare dei soggetti privati e del Terzo settore nella progettazione e gestione dei servizi sociali. Tale principio è stato disciplinato nel Codice dei contratti pubblici (decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50) e ulteriormente rafforzato dal nuovo decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, che valorizza modelli di amministrazione condivisa nelle attività a forte valenza sociale, in collaborazione con gli ETS.

In questo quadro si inserisce l'articolo 55 del d.lgs. n. 117/2017, che introduce la co-progettazione come strumento ordinario di collaborazione pubblico-privato per definire e realizzare interventi mirati ai bisogni specifici del territorio. A supporto di tali processi si richiamano le Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed ETS (DM n. 72/2021) e il *Vademecum* ANCI sul coordinamento con il Codice dei contratti pubblici.

L'adozione di modelli organizzativi omogenei negli ATS per garantire l'erogazione dei LEPS richiede un rafforzamento della gestione associata, anche sul piano del personale. I comuni, pur disponendo di ampia autonomia organizzativa, hanno visto negli ultimi anni una maggiore flessibilità nelle assunzioni a tempo indeterminato grazie al Decreto-legge 30 aprile 2019, n. 34[10], che ha introdotto il criterio della sostenibilità finanziaria della spesa di personale, superando il *turn-over*. Ciò ha favorito anche il potenziamento del servizio sociale professionale, riconosciuto come livello essenziale dalla legge n. 178/2020.

Quest'ultima, al comma 801, consente ai comuni e alle loro forme associative di assumere assistenti sociali a tempo indeterminato in deroga ai consueti vincoli di spesa, purché sia rispettato il pareggio di bilancio.

Le implicazioni sulla gestione del personale variano in base ai diversi modelli di gestione associata:

[10] Recante *Misure urgenti di crescita economica e per la risoluzione di specifiche situazioni di crisi*.

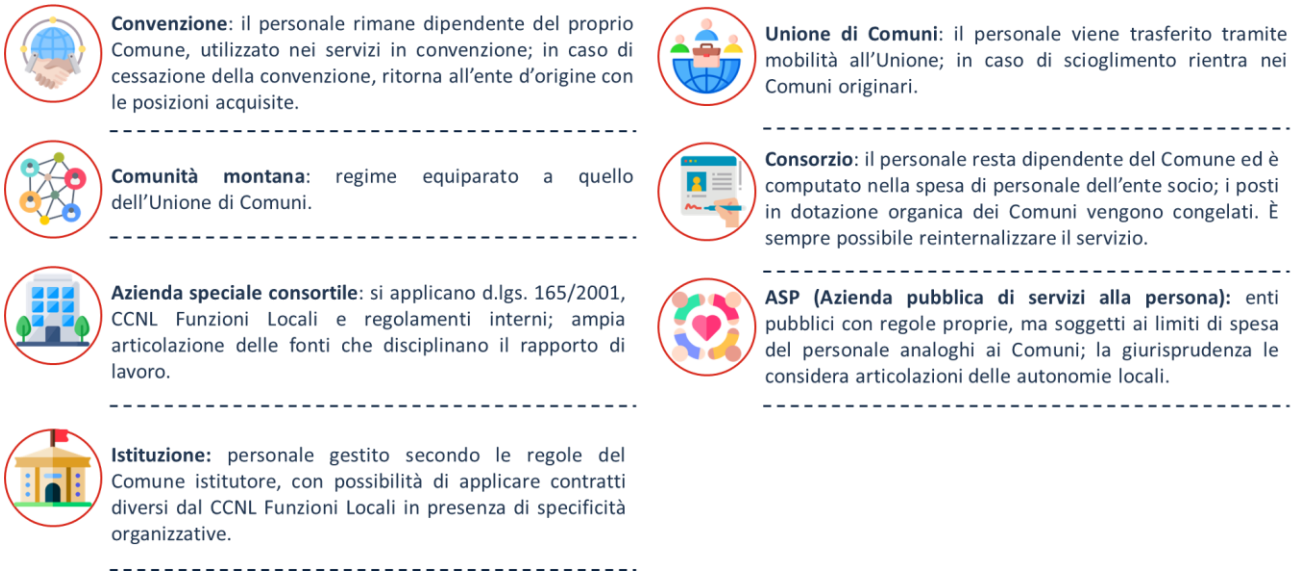


Figura 3, Modelli di gestione associata

3.4 Rafforzamento degli ATS

Nell'ambito dell'attuazione del d.lgs. n. 29/2024 il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha predisposto *le Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali per l'Attuazione dei LEPS*, come previsto dall'articolo 24 del citato decreto. Tale documento dedica un'attenzione particolare alle azioni di sistema per il rafforzamento e l'armonizzazione degli ATS, individuando orientamenti operativi utili al rafforzamento della gestione associata degli ATS, con particolare riferimento a modelli e processi organizzativi, per l'attuazione degli interventi di cui ai commi 159 – 171 della legge n. 234/2021 e per l'adozione degli atti di programmazione integrata. Pertanto, per una lettura approfondita degli indirizzi operativi per il rafforzamento degli ATS, si rinvia alla lettura delle citate linee guida.

3.5 Struttura, funzioni e articolazione territoriale del Punto unico di accesso (PUA)

I PUA, di cui all'articolo 1, comma 163, della legge di bilancio 30 dicembre 2021, n. 234, quali case di "tutte le fragilità", costituiscono la porta d'ingresso al sistema integrato di servizi sociali e sanitari e sono strutturalmente collocati presso le Case della comunità, ove istituite ed operanti. Tali strutture, potendosi articolare in una rete diffusa di sportelli accessibili, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali, operano in raccordo con l'eventuale rete di sportelli già esistenti nei diversi contesti regionali al fine di favorire la massima prossimità.

I PUA sono organizzati in conformità al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, e si avvalgono anche delle *équipe* operanti presso strutture pubbliche o private accreditate del SSN. In tali punti si provvede a coordinare e organizzare le attività di valutazione dei bisogni e di presa in carico della persona anziana,

garantendo il corretto funzionamento delle UVM, composte da professionisti con adeguata formazione appartenenti al SSN e agli ATS, in coerenza con quanto previsto dal citato D.M. n. 77/2022.

I PUA costituiscono la modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra ATS e Distretto sanitario e garantiscono pari opportunità di accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, attivando, quando necessario, percorsi integrati di presa in carico. In tali punti sono coordinate le attività di valutazione dei bisogni e di definizione dei percorsi assistenziali, assicurando il funzionamento delle UVM, composte da professionisti adeguatamente formati appartenenti al SSN e agli ATS, nonché da *équipe* interprofessionali degli ATS e delle ASL. Per ciò che concerne le modalità operative e di accesso, le funzioni del PUA sono articolate come segue:

1) Front office

Rappresenta il primo punto di contatto con il PUA, che può avvenire in modo diretto (personalmente negli orari di apertura al pubblico) o attraverso altri mezzi di comunicazione (telefono, *mail* o PEC). Il PUA, inoltre, prende in esame anche le segnalazioni e le richieste di intervento in favore di soggetti fragili, presentate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, associazioni di volontariato, parrocchie e/o altri soggetti istituzionali o meno. Nell'ambito del *front office*, personale adeguatamente formato ed aggiornato orienta la persona verso servizi e procedure facenti riferimento a diversi ambiti ed Enti (servizi sociali, ASL, centri per l'impiego, centri di orientamento al lavoro, *ecc*.), incluso, come sopra detto, verso la richiesta del PAI. A tal fine, nel *front office* del PUA si può effettuare una prevalutazione della situazione presentata dalla persona, con l'obiettivo di individuare la tipologia dei bisogni e valutarne la natura, distinguendo tra bisogni semplici e complessi. In presenza di richieste "semplici", che non necessitano di una presa in carico integrata o dell'attivazione di servizi multidisciplinari, il PUA si occupa di orientare il cittadino e, se necessario, di indirizzarlo ai servizi competenti per le situazioni che non richiedono una presa in carico integrata o l'attivazione di servizi multidisciplinari. Presso il PUA, quando richiesto e ove necessario, può prendere avvio il percorso di presa in carico della persona, attivando direttamente i servizi necessari.

2) Back office

In presenza di situazioni sociosanitarie complesse, presso il PUA viene attivata l'UVM che procede alla valutazione *multidimensionale unificata per la rilevazione della condizione di non autosufficienza e per la definizione del PAI*. Ai sensi dell'articolo 24, commi 5 e ss., del d.lgs. n. 62/2024, al fine di garantire l'unitarietà della presa in carico e degli interventi di sostegno le regioni potranno stabilire le modalità con le quali, nel caso di predisposizione del progetto di vita, le UVM operanti presso le Case di Comunità, si coordinano o si

riunificano con le unità di valutazione di cui al comma 1 dell'articolo 24 del d.lgs. n. 62/2024 finalizzate all'elaborazione del progetto di vita per le persone disabili.

Le Linee guida, gli accordi di programma e i protocolli di collaborazione tra Enti devono prevedere in modo specifico le risorse di personale sociale e sanitario appartenente alle *équipe* integrate che opererà presso i PUA, al fine di dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 1, comma 163, della legge n. 234/2021. Con specifico riguardo alle modalità attuative, ogni territorio deve disporre di PUA sufficientemente pubblicizzati e facilmente raggiungibili, anche con modalità telematiche, al fine di facilitare i cittadini nell'accessibilità e nella fruibilità del servizio. Nelle more della completa attuazione del DM n. 77/2021, restano comunque in vigore le modalità organizzative regionali riferite ai PUA.

3.6 Servizi di comunità, modelli di rete e sussidiarietà orizzontale come modello di *governance*

I servizi di comunità e di prossimità costituiscono un elemento essenziale del sistema di risposta alla non autosufficienza, in quanto operano attraverso un assetto reticolare di strutture, competenze e relazioni funzionali, volto a garantire la coerenza delle risposte assistenziali, la continuità delle informazioni e, soprattutto, la permanenza della persona nel proprio domicilio e nella comunità di appartenenza.

Nel rispetto degli indirizzi strategici, richiamati all'articolo 25 del d.lgs. n. 29/2024, rubricato *Servizi di comunità, modelli di rete e sussidiarietà orizzontale*, ed in coerenza con le strategie nazionali e le raccomandazioni internazionali per città e comunità *age-friendly* – quali il *Global Action Plan on Dementia* 2017-2025 dell'OMS, la *Decade of Healthy Ageing* 2021-2030 dell'ONU ed il Partenariato Europeo per l'Innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute (*PEI-AHA*) dell'UE – il presente Piano promuove lo sviluppo di servizi di comunità, improntati a logiche di rete e di sussidiarietà orizzontale. Tali servizi mirano a prevenire l'isolamento relazionale e la marginalizzazione delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie, assicurando, al contempo, la continuità della vita e delle relazioni personali, familiari e comunitarie, favorendo, inoltre, la domiciliarità delle cure e dell'assistenza. L'implementazione di questi interventi può, altresì, tradursi in un modello di *governance* efficace per la pianificazione, il coordinamento e la gestione dei servizi rivolti alle persone anziane non autosufficienti. In questo modo, si promuove l'integrazione tra i diversi attori istituzionali, sociali e sanitari e si delinea un approccio sistemico, sostenibile e centrato sui bisogni delle persone e delle loro famiglie.

Questo modello di *governance* si realizza attraverso il concorso attivo di tutti i soggetti che gestiscono servizi pubblici essenziali, nonché della rete dei servizi sociali e della rete dei servizi sanitari – ivi inclusa la rete delle farmacie territoriali – e dei soggetti pubblici e privati accreditati e convenzionati. A questi si affiancano, in un'ottica di cooperazione integrata, gli ETS, i familiari, il volontariato organizzato, le reti informali di prossimità ed il servizio civile universale. La governance realizzata è, pertanto, caratterizzata da una doppia integrazione, ovvero, da un lato, di tipo verticale, tra enti e istituzioni; dall'altro, di tipo orizzontale, attraverso il coinvolgimento attivo della comunità, dei cittadini e dei *caregiver*, garantendo una risposta coordinata e flessibile ai bisogni emergenti.

Figura 4, rete dei servizi sociali e sanitari

Attraverso tale architettura cooperativa, il sistema territoriale – sopra delineato – concorre all'integrazione sociosanitaria – prevista dal d.lgs. n. 29/2024 – e all'attuazione congiunta dei LEPS e dei LEA.

Gli ETS contribuiscono alle finalità descritte, anche mediante gli istituti di collaborazione, di cui agli articoli 55-57 del Codice del Terzo Settore – della co-programmazione, della coprogettazione, accreditamento e partenariati sociali - ed in coerenza a quanto disciplinato nelle linee guida, adottate con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 72 del 31 marzo 2021, concernenti le modalità attuative dei citati istituti. La logica di rete e di sussidiarietà orizzontale, così configurata, è espressamente orientata alla persona e si fonda sull'integrazione e sulla modulazione nel tempo delle diverse risposte assistenziali, in coerenza con gli obiettivi definiti nel PAI, di cui all'articolo 1, comma 163, della l. n. 234/2021. Tale impostazione consente di articolare un *continuum* di interventi complementari, adattati all'evoluzione delle condizioni della persona anziana e del suo contesto familiare e comunitario, garantendo la coerenza delle risposte e la continuità dei percorsi di cura.

In prospettiva, il sistema può evolvere rafforzando:

- lo sviluppo di una rete territoriale più capillare, integrata e orientata alla presa in carico coordinata della persona non autosufficiente;
- infrastrutture territoriali integrate capaci di garantire coordinamento tra servizi sociali e sanitari, attivazione tempestiva degli interventi, monitoraggio continuo e gestione dinamica della presa in carico;
- la partecipazione strutturata delle organizzazioni rappresentative delle famiglie e delle persone non autosufficienti nella programmazione, attuazione e valutazione delle politiche;
- strumenti di governance condivisa, attraverso la previsione di un tavolo tecnico interistituzionale presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, composto da rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero della Disabilità, delle Regioni, dell'Anci a cui possono essere invitate a partecipare le Parti Sociali e le Associazioni del Terzo Settore che, convocato con cadenza quadrimestrale, possa seguire l'andamento e accompagnarne l'attuazione dei servizi e degli interventi previsti dal presente Piano.

Capitolo 4 – Percorso valutativo integrato e progetti personalizzati della persona anziana, anche non autosufficiente

In attesa dell'approvazione dei decreti attuativi previsti dagli articoli 27 e 29 del d.lgs. n. 29/2024, si ritiene opportuno presentare in modo organico il modello organizzativo e le modalità operative, al fine di assicurare un quadro attuativo chiaro, coerente e omogeneo.

La presente descrizione è finalizzata a favorire una programmazione strutturata degli interventi e a garantire un percorso di implementazione progressivo e sostenibile, nel rispetto delle specificità territoriali e delle competenze istituzionali coinvolte. L'obiettivo è accompagnare l'introduzione delle nuove disposizioni attraverso un processo graduale, improntato a criteri di coordinamento, efficacia amministrativa e uniformità applicativa, così da assicurare una piena e corretta attuazione delle misure previste dalla normativa di riferimento.

4.1 Valutazione multidimensionale unificata

La concreta attuazione dell'integrazione sociosanitaria presuppone, in via preliminare, il potenziamento dei servizi territoriali, al fine di contrastare le disuguaglianze e di delineare un modello di intervento condiviso e uniforme sull'intero territorio nazionale. Tale impostazione consente la configurazione di un sistema di servizi integrati e universalmente accessibili, orientato alla centralità della persona e coerente con l'assetto già delineato nella precedente fase di programmazione.

La VMU costituisce lo strumento cardine del sistema di assistenza rivolto alle persone anziane non autosufficienti in Italia, in quanto consente l'integrazione dei bisogni di natura sanitaria e sociale all'interno di un unico processo valutativo. Tale valutazione è effettuata all'interno dei PUA e dalle UVM ed è finalizzata alla predisposizione di un PAI unitario e coordinato. L'adozione della VMU mira a razionalizzare e semplificare i percorsi di presa in carico, superando le precedenti frammentazioni organizzative e procedurali. Il modello sarà oggetto di una fase sperimentale e prevede la piena entrata a regime a partire dal 2028.

Il SSN, gli ATS e l'INPS, ciascuno per i profili di rispettiva competenza, garantiscono alla persona anziana l'accesso alle misure e ai provvedimenti di competenza statale, nonché quelli disciplinati dalle leggi 5 febbraio 1992, n. 104[11], 30 marzo 1971, n. 118[12], e 11 febbraio 1980, n. 18[13], e dall'articolo 2, comma 2, lettere *a*), numero 3), e *b*), della legge n. 227/2021. Tali soggetti istituzionali assicurano, altresì, l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari, mediante i PUA, operanti presso le articolazioni del SSN, denominate *Case della comunità*.
L'accesso ai servizi sopra richiamati e ai correlati procedimenti valutativi di competenza dei PUA è riconosciuto alla persona anziana che presenti congiuntamente i seguenti requisiti:

[11] Recante *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*.
[12] Recante *Conversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili*.
[13] Recante *Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili*.

a la presenza di almeno **una patologia cronica**;

b condizioni cliniche caratterizzate, anche in relazione all'età anagrafica, da una **progressiva riduzione delle normali funzioni fisiologiche**, suscettibile di aggravamento con l'invecchiamento e tale da comportare un **rischio di perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana**, tenuto conto altresì delle specifiche condizioni sociali, ambientali e familiari.

In considerazione di quanto sopra, i criteri per l'individuazione delle priorità di accesso ai PUA sono definiti con l'emanando decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità, ai sensi dell'articolo 27, comma 7, del d.lgs. n. 29 del 2024. Tra tali criteri rientrano, tra gli altri, la condizione di persona grande anziana e la presenza di plurime patologie croniche.

La verifica della sussistenza dei requisiti è effettuata dal medico di medicina generale o da un medico operante presso una struttura del SSN, su richiesta dell'interessato o su segnalazione della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ambiti territoriali sociali. Il medico provvede, se necessario e su richiesta dell'interessato, all'indirizzamento di quest'ultimo al PUA competente.

Qualora il medico accerti l'assenza dei presupposti richiesti, informa l'interessato circa la possibilità di accedere alla procedura di valutazione della condizione di disabilità, ai sensi della legge n. 227/2021 e, su richiesta dello stesso, provvede alla trasmissione del certificato medico introduttivo, di cui all'articolo 8 del decreto legislativo attuativo della medesima legge, attraverso la piattaforma informatica appositamente predisposta e gestita dall'INPS, secondo le modalità concordate con il Ministero della salute.

I PUA sono organizzati nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, avvalendosi anche delle *équipe* operanti presso le strutture, pubbliche o private accreditate, del SSN. Essi coordinano e gestiscono le attività di valutazione dei bisogni e di presa in carico della persona anziana, assicurando il funzionamento delle UVM, composte da professionisti adeguatamente formati appartenenti al SSN e agli ATS, in conformità a quanto previsto dal medesimo decreto ministeriale.

A livello territoriale, i PUA svolgono funzioni di informazione, orientamento, accoglienza e primo accesso nonché di raccolta delle segnalazioni provenienti dai medici di medicina generale e dalla rete ospedaliera, attivando le procedure di presa in carico della persona anziana nei percorsi di continuità assistenziale. Ove necessario, essi promuovono l'attivazione della VMU, finalizzata all'individuazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del relativo nucleo familiare, nonché all'accertamento dei requisiti per l'accesso alle prestazioni di competenza statale, anche sulla base delle informazioni eventualmente fornite dagli ETS erogatori dei servizi.

I criteri per l'individuazione delle priorità di accesso ai PUA, la composizione e le modalità operative delle UVM, lo strumento di VMU, uniforme a livello nazionale, informatizzato, scientificamente validato e fondato

sulle linee guida del sistema nazionale, di cui all'articolo 5, della legge 8 marzo 2017, n. 24[14], nonché le eventuali modalità di coordinamento con la disciplina relativa alla valutazione delle persone con disabilità attuativa della legge n. 227 del 2021, saranno definiti con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità.

Al fine di consentire una graduale introduzione della VMU, il medesimo decreto individuerà le modalità operative e i territori interessati da una prima fase di sperimentazione della durata di dodici mesi, ai sensi dell'articolo 27, comma 8-*bis*, del decreto legislativo n. 29 del 2024.

All'esito della VMU, qualora non risultino sussistenti né la condizione di non autosufficienza né i requisiti per l'accesso ai benefici di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *b*), numero 2), della legge 22 dicembre 2021, n. 227, il PUA, previa individuazione dei fabbisogni assistenziali, fornisce le informazioni necessarie a facilitare l'individuazione, nell'ambito della rete dei servizi sociali e sanitari, di percorsi idonei a soddisfare tali esigenze, garantendo l'accesso ai servizi e alle reti di inclusione sociale previsti dalla programmazione integrata socioassistenziale e sociosanitaria.

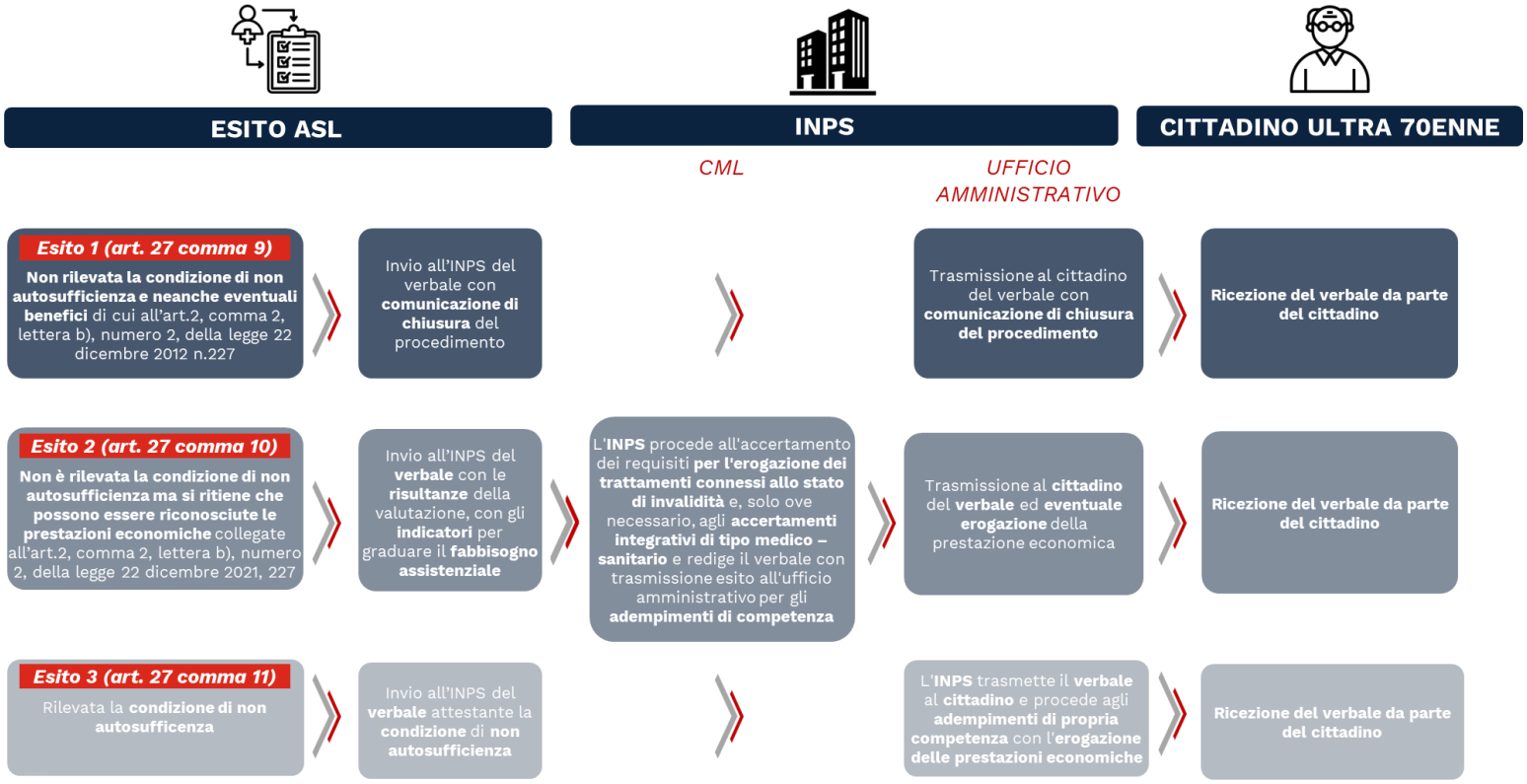
Qualora, invece, all'esito della VMU sia esclusa la condizione di non autosufficienza, ma risultino presenti i requisiti per l'accesso ai benefici di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *b*), numero 2), della legge n. 227 del 2021, l'UVM redige apposito verbale recante le risultanze della valutazione, che viene tempestivamente trasmesso all'INPS tramite la piattaforma informatica dedicata, ai fini dello svolgimento degli accertamenti relativi ai requisiti per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato di invalidità, nonché, ove necessario, degli ulteriori accertamenti medico-sanitari. Nell'ambito di tale valutazione, l'UVM tiene conto, ove adottati, dei criteri e delle modalità di accertamento dell'invalidità, di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *b*), numero 3), della legge n. 227 del 2021, nonché degli indicatori sintetici appositamente elaborati ai sensi del comma 11. Restano ferme le funzioni e le competenze attribuite all'INPS dall'articolo 20, commi 2, primo periodo, e 4, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102.

Nel caso in cui l'UVM accerti la sussistenza della condizione di non autosufficienza, procede alla redazione di un verbale da trasmettere all'INPS, tramite la piattaforma informatica prevista, per l'adozione dei provvedimenti di competenza. Tale verbale riporta le risultanze della valutazione, comprensive dell'accertamento delle condizioni medico-sanitarie per l'accesso ai benefici di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *b*), numero 2), della legge n. 227 del 2021, nonché degli indicatori sintetici standardizzati e validati funzionali a:

a. graduare il fabbisogno assistenziale in relazione ai **diversi livelli di compromissione dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana**;

b. supportare le decisioni relative **all'eleggibilità alle misure e ai provvedimenti** di cui al **comma 10** e alle ulteriori misure previste dall'**articolo 34**.

[14] Recante *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*.



Percorso 2.1 – Esiti della Valutazione Multidimensionale Unificata e conclusione del procedimento

4.2 Progetto assistenziale individuale integrata (PAI)

Come già illustrato nel paragrafo precedente, qualora, all'esito della VMU, emergano specifici fabbisogni di cura e di assistenza, si procede alla predisposizione del PAI.

Il PAI è elaborato con il coinvolgimento attivo della persona destinataria degli interventi, dei caregiver e dei familiari da essa indicati, nonché del tutore o dell'amministratore di sostegno, qualora munito dei necessari poteri di rappresentanza. Su richiesta della persona non autosufficiente o di chi la rappresenta, partecipano, altresì, alla definizione del Piano gli ETS operanti, in qualità di soggetti autorizzati, accreditati o contrattualizzati con i comuni, le ATS e i distretti sociosanitari, secondo la normativa regionale di riferimento, nell'ambito dei sistemi territoriali di cura e assistenza. Tali soggetti concorrono all'attuazione del PAI, condiviso con la persona e la sua famiglia, anche sulla base delle analisi dei fabbisogni già effettuate nell'ambito della VMU. Nel caso di persone affette da compromissione cognitiva o da demenza, è preliminarmente valutata la capacità di esprimere un consenso informato alla partecipazione al PAI e alle decisioni conseguenti.

Il PAI, nel quale sono definiti gli obiettivi di cura, individua gli interventi previsti, modulati in relazione alla durata e all'intensità del bisogno assistenziale, nonché le figure professionali coinvolte, nel rispetto di quanto stabilito dall'articolo 4, comma 2, lettera *s*), numeri 1) e 2), della legge 23 marzo 2023, n. 33. Ove necessario,

il PAI comprende, altresì, il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI), predisposto in conformità alle disposizioni di cui all'articolo 34 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, alle *Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione*, adottate in sede di Conferenza Stato-Regioni il 4 agosto 2021, nonché al decreto del Ministro della salute n. 77 del 2022.

All'interno del PAI, approvato e sottoscritto dai responsabili dei servizi coinvolti e dalla persona anziana non autosufficiente o dal suo rappresentante legale, ove nominato, sono puntualmente definite le responsabilità, i compiti e le modalità operative degli operatori sanitari e sociali impegnati nella presa in carico, nonché il contributo della famiglia e degli ulteriori soggetti chiamati a collaborare alla sua attuazione, inclusi gli ETS e i componenti della rete dei servizi, di cui all'articolo 25.

Il PAI assicura, pertanto, la ricomposizione, il coordinamento e la contestualità nell'erogazione di tutti gli interventi programmati, secondo modalità e tempistiche condivise con la persona interessata, i *caregiver* e i familiari eventualmente coinvolti. In tal modo, è garantita l'erogazione integrata delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali attraverso l'équipe di erogazione, la cui gestione può essere integralmente pubblica ovvero, in parte, affidata a soggetti privati accreditati.

4.3. *Budget* di cura e assistenza

Il *budget* di cura e assistenza (d'ora innanzi anche *budget*) rappresenta lo strumento mediante il quale, in sede di definizione del PAI, è possibile effettuare una ricognizione delle prestazioni, dei servizi sanitari e sociali e delle risorse complessivamente attivabili ai fini dell'attuazione del medesimo progetto.

Il *budget* è individuato dall'UVM, nell'ambito della predisposizione del citato PAI, al fine di ottimizzare, progressivamente, la fruizione e la gestione degli interventi e dei servizi di cura e di sostegno. Alla composizione di tale strumento concorrono tutte le risorse umane, professionali, strumentali, tecnologiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale. Tali attività sono garantite dalle aziende sanitarie, dai distretti sanitari e dagli ATS, ciascuno per le proprie funzioni e competenze nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e in particolare:

a) le risorse derivanti dal trasferimento alle regioni delle relative quote del finanziamento del SSN nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza;

b) le risorse derivanti dal trasferimento alle regioni e agli enti locali delle risorse del Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, della quota del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità di cui all'articolo 1, comma 210, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, utilizzata per la finalità di cui al medesimo articolo, comma 213, lettera f), per la parte destinata dalla programmazione regionale in favore dei *caregiver* familiari degli anziani non autosufficienti, nonché le risorse a valere su altri fondi sociali nazionali che possono essere destinati dalla programmazione regionale ad interventi in favore di anziani non autosufficienti.

Tali risorse sono finalizzate alla realizzazione di quanto previsto dall'art. 1, comma 162, della legge n. 234/2021, così da garantire una assistenza domiciliare personalizzata in grado di prevenire l'istituzionalizzazione della persona. Il *budget* dedicato alla cura e all'assistenza può essere aggiornato, anche in via d'urgenza, qualora dal monitoraggio periodico del PAI emerga la necessità di rivedere gli interventi programmati. L'adeguamento del *budget* è previsto in presenza di esigenze cliniche o assistenziali non differibili della persona anziana, al fine di garantire continuità e appropriatezza degli interventi[15].

In prospettiva, il sistema può evolvere rafforzando:

- il riconoscimento del ruolo dei *caregiver* familiari nel sistema di cura e assistenza;
- percorsi di crescita, qualificazione e riconoscimento professionale per gli operatori del settore sociosanitario e assistenziale;
- l'attuazione degli standard formativi previsti dalle Linee Guida Nazionali per gli assistenti familiari, ai sensi dell'articolo 38 del d.lgs. 29/2024, al fine di garantire qualità, continuità e maggiore stabilità dei servizi di assistenza.

[15] *Cfr*. articolo 12 dell'Accordo di programma allegato al presente Piano.

Capitolo 5 – Matrici di processo

5.1 Fase di sperimentazione

Il decreto legislativo del 30 aprile 2025 n. 93[16], all'articolo 3, introduce correttivi all'articolo 27[17]. Oltre ad essere modificato il comma 7, ampliando il termine per l'adozione del regolamento ivi previsto, vengono introdotti i commi 8-*bis* e 8-*ter*, recanti, rispettivamente, la previsione di una sperimentazione della VMU, da definire con decreto interministeriale e una norma di raccordo sui termini di applicazione del regolamento, di cui al precedente comma 7.

In particolare, la lettera *a*), numero 1), dell'articolo 3 in esame modifica il comma 7 del summenzionato articolo 27, ampliando da dodici a trenta mesi il termine per l'adozione del decreto (così come successivamente modificato dall'articolo 5, comma 1, lettera a), del Decreto-legge 31 dicembre 2025, n. 200, recante *Disposizioni urgenti in materia di termini normativi*), di natura regolamentare, del Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità, con cui devono essere definiti: i criteri per l'individuazione delle priorità di accesso ai PUA; la composizione e le modalità di funzionamento delle UVM; lo strumento della VMU per l'accertamento della non autosufficienza e per la definizione del PAI; le eventuali modalità di armonizzazione con la disciplina sulla valutazione delle persone con disabilità.

L'articolo in esame, alla lettera *b*), aggiunge, altresì, dopo il comma 8 del succitato articolo 27, i commi 8-*bis* e 8-*ter*. Il comma 8-*bis* prevede la definizione, con decreto interministeriale, delle modalità e dei territori coinvolti per una prima sperimentazione, della durata di dodici mesi, a decorrere dal 1° gennaio 2027, da avviare a campione e secondo il principio di differenziazione geografica tra nord, sud e centro Italia, riferita alle disposizioni sulla VMU, di cui all'articolo oggetto di novella. La disposizione in disamina – espressamente finalizzata a introdurre in maniera graduale la VMU – prevede che il predetto decreto venga adottato dal Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità, previa intesa in sede di Conferenza unificata, di cui all'articolo 8, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281[18], entro il 30 novembre 2026 (così come successivamente modificato dall'articolo 5, comma 1, lettera b), del Decreto-legge 31 dicembre 2025, n. 200, recante *Disposizioni urgenti in materia di termini normativi*).

Ai fini della sperimentazione, è previsto che il Ministero della salute si avvalga del supporto dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Il comma 8-*ter* reca una norma di raccordo, stabilendo che le disposizioni previste dal regolamento, di cui al comma 7, si applichino in maniera

[16] Recante *Disposizioni integrative e correttive al d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29*.

[17] *Valutazione multidimensionale unificata.*

[18] Recante *Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato - città ed autonomie locali*.

diversificata nei territori interessati dalla sperimentazione, come disciplinato al precedente comma 8-*bis*, a decorrere dal 1° gennaio 2027 e sul restante territorio nazionale, a decorrere dal 1° gennaio 2028 (così come successivamente modificato dall'articolo 5, comma 1, lettera c), del Decreto-legge 31 dicembre 2025, n. 200, recante *Disposizioni urgenti in materia di termini normativi)*.

Lo scopo della sperimentazione della VMU è quello di:

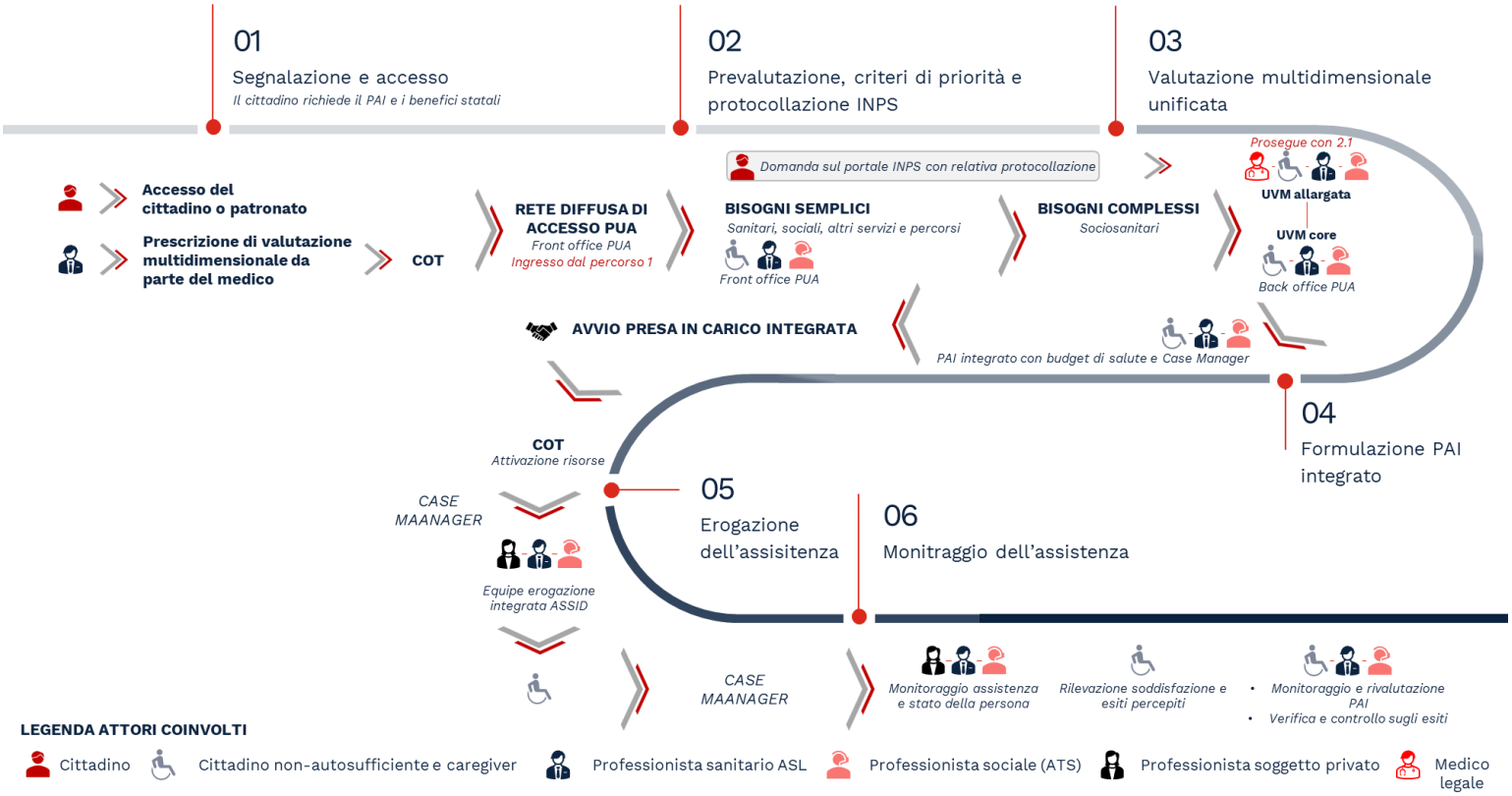
- valutare **l'efficacia delle nuove procedure e degli interventi previsti**, garantendo che essi rispondano effettivamente alle esigenze delle persone anziane;
- acquisire **dati concreti e dettagliati sulle performance dei nuovi interventi**, facilitando un'analisi accurata e basata su evidenze reali;
- identificare le **criticità ed eventuali problematiche delle nuove modalità operative**, al fine di individuare possibili azioni correttive, prima dell'applicazione della nuova disciplina su scala nazionale.

Inoltre, la sperimentazione in argomento consentirà di valutare l'appropriata armonizzazione tra la nuova procedura per la valutazione prevista per le persone anziane e la disciplina sulla valutazione di base e multidimensionale delle persone con disabilità, in attuazione della legge delega, n. 227/2021 e del relativo decreto legislativo attuativo, n. 62/2024.

Come già indicato nel capitolo precedente, nel caso in cui la valutazione sia finalizzata esclusivamente alla definizione del PAI o anche al riconoscimento dei benefici statali dedicati alla non autosufficienza per le persone anziane di età pari o superiore ai 70 anni, si distinguono due percorsi differenti.

Al riguardo, nelle more dell'adozione del regolamento previsto dall'articolo 27, comma 7, del d.lgs. n. 29/2024, cui è demandata la disciplina dei profili operativi di dettaglio, si riportano, a titolo esemplificativo, due matrici di processo predisposte a supporto dell'attività degli operatori interessati, fermo restando quanto disposto dal regolamento di cui sopra:

Percorso 1 – Digitalizzazione del flusso di verifica automatica degli adempimenti legati agli obblighi previdenziali e contributivi degli operatori economici, attivati mediante l'interoperabilità con sistemi terzi (INPS e INAIL)



Percorso 2 – Percorso per la Valutazione Unificata nell'anziano (>70 anni) non autosufficiente per PAI e benefici di competenza statale

5.2 Matrice di programmazione

La matrice di programmazione si sviluppa nel rapporto fra tre programmi operativi e un gruppo di beneficiari.

I tre programmi operativi riguardano:

1. LEPS riferiti ai contenuti del comma 162 lettere *a*), *b*), *c*) della legge di bilancio n. 234/2021.
2. LEPS riferiti ai contenuti del comma 163 della legge di bilancio n. 234/2021.
3. Obiettivi di servizio riferiti ai contenuti del comma 164 della legge di bilancio n. 234/2021.
4. Azioni di rafforzamento riferite ai contenuti del comma 166 della legge di bilancio n. 234/2021.

Sia i LEPS di erogazione, che il LEPS di processo sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali. L'ATS costituisce la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS, in linea con le programmazioni regionali.

Capitolo 6 – Il sistema dei servizi

Il presente Piano, pur sviluppandosi in un'ottica di continuità con la programmazione precedente, è adottato nell'ambito delle politiche nazionali in favore della popolazione anziana, come previsto dalla l. n. 33/2023, il Piano individua una serie di interventi volti a realizzare un innovativo sistema di servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, basato sull'individuazione, sul rafforzamento degli obiettivi di servizio e dei LEPS e sull'implementazione di quanto già avviato nell'ambito delle progettualità PNRR (Missione 5 e 6, relative all'integrazione tra sociale e sanitario). Si specifica che le risorse afferenti al presente Piano sono riservate esclusivamente ai servizi di cui al capitolo 10 e afferenti all'attuazione dei LEPS dell'articolo 1, commi 162 e 163 della legge n. 234/2021; nonché, dell'obiettivo di servizio, di cui all'articolo 1, comma 164, della medesima legge.

L'impianto attuativo del Piano si concentra sulle seguenti aree tematiche:

Figura 5, Aree tematiche del Piano

6.1 Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali

A seguito dell'entrata in vigore della legge n. 328/2000, che all'articolo 22 ha introdotto i Livelli Essenziali di Assistenza Socio-assistenziale (LIVEAS) uniformi, riconosciuti, al comma 2, come "livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi", è con la Riforma del Titolo V della Costituzione, operata dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione* , che la nozione di livelli essenziali delle prestazioni (LEP), di cui all'articolo 117, comma 2, lettera *m*), della Costituzione viene estesa a tutte le prestazioni relative ai diritti sociali e civili, sull'intero territorio nazionale e acquisisce rango costituzionale.

La definizione dei LEP diventa, così, uno degli elementi più rilevanti per delineare le competenze dello Stato e delle regioni. Tuttavia, la diversificazione dei bisogni, la complessità e la varietà delle prestazioni erogate, difficilmente uniformabili, e la presenza di una pluralità di fondi europei, nazionali, regionali e locali, che finanziano il settore, hanno contribuito a renderne difficile l'individuazione e la definizione.

Figura 6, Assistenza sociale

La legge n. 234/2021 segna l'avvio di una nuova fase, nell'ambito dell'assistenza sociale. Infatti, all'articolo 1, comma 159, vi è una definizione normativa dei LEPS, qualificati come interventi, servizi, attività e prestazioni integrate, a carattere di universale, sull'intero territorio nazionale, finalizzati a garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, nonché la riduzione o l'eliminazione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità.

Per quanto riguarda, più specificamente, i servizi socioassistenziali dedicati alle persone anziane non autosufficienti, questi rientrano nelle aree individuate dall'articolo 1, comma 162, della medesima legge di bilancio e sono volti a promuovere la continuità e la qualità della vita a domicilio e nel proprio contesto di appartenenza, includendo anche le nuove forme di coabitazione solidale.

Il PNNA 2022-2024, in attuazione di quanto previsto dalla legge n. 234/2021, all'articolo 1, comma 162, lettere *a*) e *b*), c), già aveva incluso tra le proprie aree di intervento i LEPS relativi all'assistenza agli anziani non autosufficienti.

Successivamente, il d.lgs. n. 29/2024, all'articolo 22, stabilisce che i principi previsti dalla legge quadro, riferiti agli anziani non autosufficienti, sono da attuarsi in via graduale e progressiva, nei limiti delle risorse disponibili. I LEPS sono realizzati ad opera degli ATS, nei settori dell'assistenza domiciliare sociale per le persone anziane non autosufficienti e dei servizi sociali di sollievo e di supporto e sono rivolti, sia alle persone anziane non autosufficienti, che le loro famiglie.

La modalità organizzativa prevista per l'erogazione dei LEPS si basa sulla condivisone delle definizioni – come, ad esempio, quella di anziani non autosufficienti – e su un governo unitario che garantisce un'attuazione coordinata e condivisa delle componenti sociale e sanitaria. Si tratta, quindi, di un impianto, che fonda il sostegno alla platea degli anziani non autosufficienti, su un sistema integrato di interventi e sulla semplificazione delle procedure.

La spinta decisiva a questo processo deriva dal PNRR, che nella Missione 5 individua tra gli obiettivi l'approvazione della riforma legislativa degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti. Tale riforma è volta, infatti, ad introdurre un sistema organico di interventi, comprendente l'individuazione dei LEPS per questa popolazione e a garantire il coordinamento tra istituti che fino ad oggi avevano operato in modo distinto. Si tratta di un vero e proprio cambio culturale, a lungo auspicato e più volte sollecitato, finalmente avviato grazie alle due riforme richiamate. Tuttavia, nonostante le rilevanti difficoltà, l'obiettivo continua ad essere quello di introdurre un cambiamento di grande portata, basato su interventi e soluzioni costruiti attorno alla persona e offrire agli operatori territoriali indicazioni concrete per affrontare i bisogni e proporre soluzioni integrate.

6.1.1 Attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali: programmazione regionale

Al fine di proseguire nel processo di costruzione ed effettiva realizzazione dei LEPS, pur in modo graduale e progressivo e sempre in continuità con le annualità precedenti, le regioni dovranno presentare le proprie programmazioni, anche tenuto conto delle singole specificità territoriali.

Nel rispetto della programmazione regionale e dei relativi modelli organizzativi, gli ATS, quali dimensione organizzativa necessaria ove programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS, assicurano l'erogazione dei servizi socioassistenziali, indicati nelle aree individuate all'articolo 1, comma 162, della legge n. 234/2021; nonché gli obiettivi di servizio, di cui all'articolo 1, comma 164, della medesima legge.

6.2 Assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari

L'assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti si fonda sul principio di integrazione tra i servizi, quale riflesso dell'individualità della singola persona e della necessità di risposte multidimensionali ai molteplici bisogni generati dalla condizione di fragilità. Essa riflette l'unitarietà della persona e ispira un approccio agli interventi che rispetti la dignità, la complessità e la specificità di ciascun individuo, garantendo supporti coordinati, tempestivi e rispettosi dell'integrità fisica e psicologica.

La complessità dei bisogni richiede la collaborazione tra più discipline e professionalità, al fine di assicurare soluzioni integrate, a supporto della salute e del benessere complessivo della persona, tenendo conto della naturale interdipendenza tra i diversi profili di cura e di assistenza.

In questo contesto, la normativa attribuisce agli ATS, alle aziende sanitarie e ai distretti sanitari il compito di attivare gli interventi definiti dal PAI, garantendo continuità e dignità di vita, mediante prestazioni coordinate di cure domiciliari integrate con i servizi di assistenza domiciliare (SAD). L'assistenza domiciliare rappresenta, così, uno strumento essenziale per favorire la permanenza dell'anziano nel proprio contesto di vita, preservando la più ampia autonomia possibile e la continuità delle relazioni personali e comunitarie.

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) delle ASL, nello specifico, comprende un insieme di interventi sanitari sociosanitari erogati al domicilio, modulati secondo la complessità dei bisogni, con l'obiettivo di prevenire il ricorso improprio all'istituzionalizzazione o ai ricoveri ospedalieri e ritardare eventuali inserimenti in strutture residenziali.

In parallelo, l'assistenza domiciliare sociale e l'assistenza sociosanitaria in lungo-assistenza domiciliare forniscono supporto diretto nella vita quotidiana della persona e della propria famiglia, comprendendo attività di igiene personale e domestica, il disbrigo di pratiche, le commissioni, l'accompagnamento a visite mediche, nonché interventi di sostegno emotivo e relazionale. Sono incluse azioni di mantenimento delle autonomie residue, la prevenzione dell'isolamento, l'accompagnamento extra domiciliare ad attività sociali.

Nell'ambito dell'assistenza rivolta agli anziani non autosufficienti, un ruolo cruciale è svolto dai servizi di comunità e di prossimità, organizzati secondo logiche di rete e di sussidiarietà orizzontale. Tali servizi coinvolgono attivamente i servizi sociali e sanitari territoriali, gli ETS, le organizzazioni di volontariato, le reti informali di vicinato e le famiglie, contribuendo a contrastare la marginalizzazione e l'isolamento dell'anziano fragilizzato e a garantire la continuità della vita domestica e comunitaria.

In prospettiva, il sistema può evolvere rafforzando:

- i servizi di prossimità nel modello di presa in carico, in quanto consentono l'intercettazione precoce dei bisogni e l'attivazione tempestiva dei servizi, contribuendo al contempo a rendere effettiva l'integrazione sociosanitaria a livello territoriale.

Sempre al fine di garantire la permanenza presso il proprio domicilio, possono essere promossi progetti riguardanti soluzioni abitative innovative, come forme di coabitazione solidale intergenerazionale o *senior cohousing*, che, nel rispetto del PAI e del PP, consentano una modulazione delle risposte nel tempo, in funzione dell'evoluzione delle condizioni dell'anziano e del suo contesto familiare e relazionale.

L'insieme di tali interventi, integrati tra loro in un *continuum* di prestazioni complementari, risponde ai molteplici profili della non autosufficienza e persegue l'obiettivo primario di garantire la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente di vita, nel rispetto dei principi di dignità, autodeterminazione e partecipazione alla comunità. Nello specifico, gli interventi che riguardano l'assistenza domiciliare, anche integrata con i servizi sanitari, hanno ad oggetto:

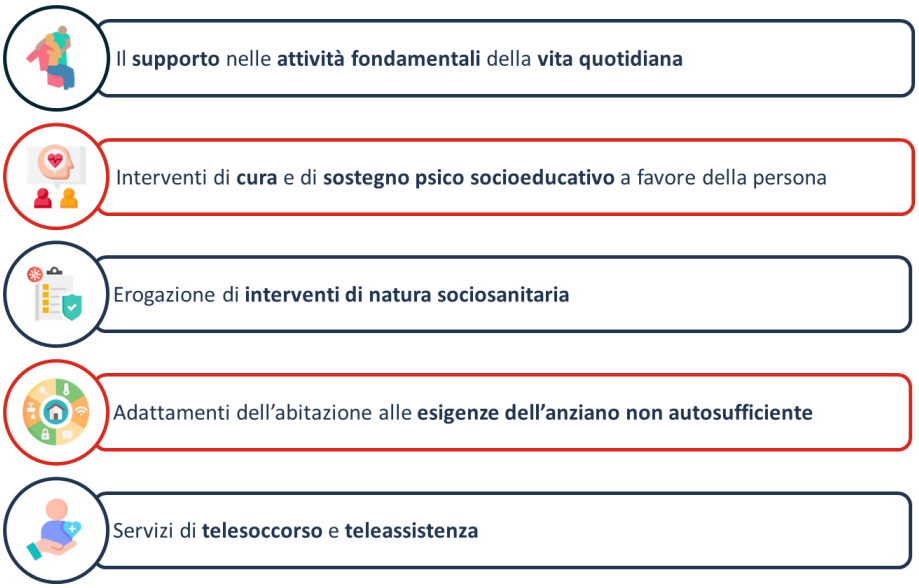


Figura 7, Interventi di assistenza domiciliare

L'integrazione dei servizi domiciliari si realizza attraverso l'erogazione degli interventi coordinati, sia sanitari che sociali, di supporto alla persona previsti dal PAI, sostenuto e finalizzato dal *budget* di cura e assistenza, di cui al paragrafo 4.3.

6.3 Servizi sociali di sollievo

I servizi sociali di sollievo costituiscono un insieme coordinato di interventi, finalizzati a sostenere l'anziano non autosufficiente e, al contempo, la famiglia e il *caregiver*, riconosciuti come parte integrante del sistema di cura. Tali servizi, in un'ottica di integrazione sociosanitaria e di sussidiarietà orizzontale, sono orientati a garantire la continuità e la qualità dell'assistenza e della vita dell'anziano non autosufficiente, contribuendo a prevenire situazioni di emergenza assistenziale, affaticamento familiare e rischio di istituzionalizzazione.

I servizi sociali di sollievo possono comprendere, in particolare:

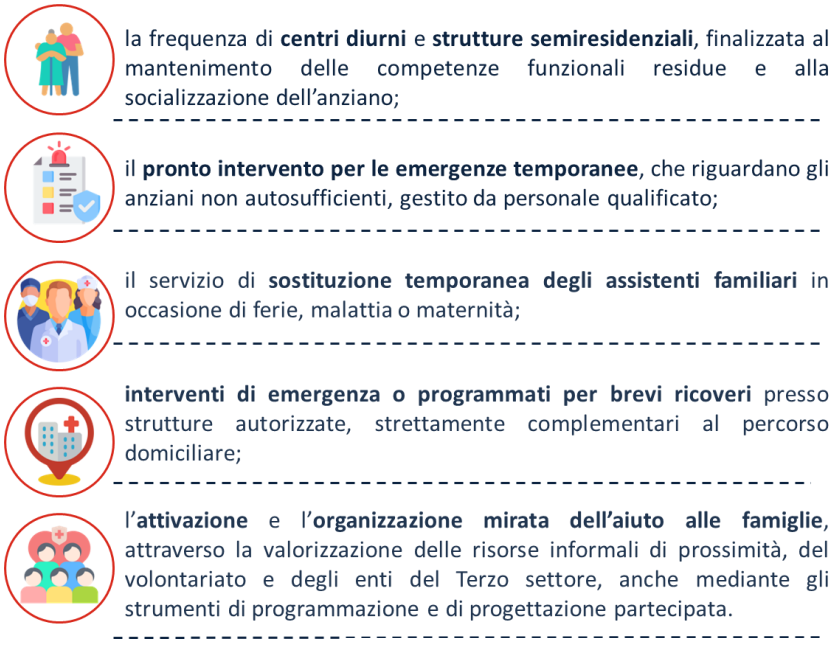


Figura 8, Servizi sociali di sollievo

L'elenco dei servizi indicati a fianco costituisce una base comune, flessibile, suscettibile di integrazione.

Sono inclusi, tra questi, la frequenza di centri diurni, che svolgono funzioni di stimolazione cognitiva e motoria, di socializzazione, nonché di sollievo per i familiari gravati dal carico assistenziale. L'UVM, sulla base della valutazione dei bisogni della persona anziana e del suo contesto familiare, può individuare ulteriori interventi da ricomprendere tra i servizi sociali di sollievo, purché coerenti con gli obiettivi del PAI e finalizzati alla tutela della qualità della vita, della dignità e della permanenza dell'anziano non autosufficiente nel proprio ambiente di vita.

6.4 Servizi sociali di supporto

I servizi sociali di supporto, nell'ambito dei LEPS, consistono nella messa a disposizione di strumenti qualificati, orientati a sostenere una delle modalità più frequenti di assistenza agli anziani non autosufficienti, rappresentata dal lavoro degli assistenti familiari, presso il domicilio. Tali servizi sono finalizzati a favorire la domiciliarità, l'autonomia personale e la continuità dell'assistenza, accompagnando le famiglie in un percorso strutturato di gestione dell'assistenza familiare.

L'obiettivo principale è quello di facilitare l'incontro tra domanda e offerta di lavoro degli assistenti familiari, nonché di supportare le famiglie nella contrattualizzazione e nella gestione del rapporto di lavoro con l'assistente familiare, offrendo un supporto continuativo sotto il profilo gestionale, legale e amministrativo, per l'espletamento di adempimenti (quali, ad esempio, disbrigo di pratiche amministrative, ausilio nella predisposizione di istanze volti a benefici di natura assistenziale, *ecc.*).

I servizi sociali di supporto si inseriscono nell'ambito della presa in carico integrata della persona anziana non autosufficiente e concorrono al perseguimento degli obiettivi di assistenza e cura, definiti nel PAI.

6.5 Servizi residenziali, semiresidenziali e diurni socioassistenziali

Nell'ottica di prevenire e contrastare in modo efficace i fenomeni di isolamento sociale ed i processi di progressiva compromissione delle condizioni personali, che colpiscono in misura crescente la popolazione

anziana, risulta essenziale garantire la continuità delle condizioni di vita ed il mantenimento delle relazioni familiari e sociali, quale condizione imprescindibile per la tutela della dignità e del benessere complessivo della persona.

In questa prospettiva, l'articolo 30 del d.lgs. n. 29/2024 delinea le funzionalità del sistema dei servizi residenziali, semiresidenziali e diurni socioassistenziali, concepiti quali strumenti integrativi della domiciliarità e quali risorse fondamentali per sostenere l'invecchiamento attivo, prevenire i ricoveri e assicurare una presa in carico continuativa e personalizzata.

In tale contesto, i servizi socioassistenziali residenziali, semiresidenziali e diurni sono garantiti dagli ATS, in attuazione delle programmazioni integrate, in coerenza con la normativa regionale di riferimento, al fine di assicurare la continuità delle condizioni di vita ed il mantenimento delle relazioni familiari e sociali.

In particolare, i servizi residenziali sono offerti presso strutture residenziali non sanitarie, che assicurano accoglienza continuativa (24 ore su 24) a persone anziane non autosufficienti.

L'erogazione di questi servizi può avvenire, sia a tempo indeterminato, sia per periodi limitati, mediante forme di ospitalità temporanea, finalizzate al sollievo familiare o alla gestione di situazioni transitorie di maggiore fragilità. Tali strutture sono dotate di requisiti organizzativi, strutturali e di sicurezza idonei a garantire adeguati livelli di intensità assistenziale ed un'elevata qualità degli ambienti di vita, in coerenza con i principi di dignità, personalizzazione e rispetto della riservatezza. L'accoglienza è orientata ad assicurare la presenza di un contesto di tipo familiare, volto a preservare le abitudini quotidiane, i legami affettivi, nonché a tutelare il diritto della persona ospitata alla continuità delle cure e al mantenimento delle relazioni sociali e interpersonali, prevenendo, al contempo, fenomeni di istituzionalizzazione.

Parallelamente, i servizi semiresidenziali e diurni socioassistenziali, erogati da centri accreditati, quali i Centri Diurni, accolgono, invece, le persone durante la sola fascia oraria diurna e sono rivolti a persone anziane, anche non autosufficienti e non residenti presso la struttura, che vivono nel proprio nucleo familiare e necessitano di interventi di sostegno. Presso tali centri vengono svolte principalmente attività a carattere socio-relazionale, allo scopo di promuovere la socializzazione, la stimolazione cognitiva, e il mantenimento delle capacità psicofisiche, così da favorire l'inclusione sociale e contrastare l'isolamento. Ciò, contribuisce a prevenire l'aggravamento delle fragilità, rallentare i processi di decadimento fisico e cognitivo e a sostenere la permanenza dell'anziano nel proprio domicilio e nel proprio contesto di vita, alleggerendo il carico assistenziale delle famiglie.

Nel loro complesso, tali servizi assolvono a un insieme articolato di funzioni, illustrate nella figura seguente, che rappresenta in modo sintetico le principali aree di intervento garantite dai servizi residenziali, semiresidenziali e diurni socioassistenziali.

Figura 9, Funzioni dei servizi sociali

Il modello descritto promuove, una presa in carico integrata, territoriale e orientata alla persona, che ne valorizza la dignità, le relazioni e la qualità della vita, contribuendo alla costruzione di un sistema organico di *welfare* territoriale, fondato sui principi di prevenzione, prossimità e di continuità assistenziale.

6.6 Servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari

Nel quadro del riordino nazionale delle politiche in favore della popolazione anziana, non possono non citarsi i servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari. I servizi residenziali, pur non rientrando tra gli interventi disciplinati dal presente Piano, rivestono, comunque, una funzione strategica nel garantire percorsi assistenziali appropriati, continuativi e orientati a una migliore qualità della vita.

Fermo restando quanto previsto dall'articolo 33, comma 2, del d.lgs. n. 29/2024, questi servizi sono rivolti, in particolare, a persone anziane, non autosufficienti e/o con disabilità psichiche e sensoriali, che necessitano di tutela sanitaria, lungo assistenza, interventi di recupero e mantenimento funzionale, nonché riorientamento in ambiente protesico, secondo i livelli di intensità e di compartecipazione alla spesa, di cui all'articolo 30 del DPCM 12 gennaio 2017.

A partire da tali bisogni, i servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari assicurano un insieme integrato di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e di sostegno alle famiglie, non pienamente erogabili in ambito domiciliare. Essi sono finalizzati a garantire continuità assistenziale, protezione e un adeguato livello di sorveglianza clinica, oltre a percorsi personalizzati di supporto funzionale, cognitivo e relazionale, modulati in base alle condizioni dell'anziano.

Nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale sociosanitaria, in linea con quanto previsto dall'articolo 31 del d.lgs. n. 29/2024, l'accesso e la presa in carico avvengono previa VMU, effettuata dall'UVM o, in ogni caso, secondo il modello organizzativo regionale, che dovrà adeguarsi all'impianto complessivo nazionale, costruito con i decreti di attuazione del d.lgs. n. 29/2024, per la definizione del PAI, di cui all'articolo 1, comma 163, della legge n. 234/2021 e, ove necessario, del PRI, in coerenza con le previsioni del DPCM 12 gennaio 2017 e il decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77.

Tali strumenti assicurano un inquadramento unitario dei bisogni dell'anziano ed orientano la costruzione di percorsi adeguati alla sua condizione clinica, funzionale, cognitiva e sociale.

In conformità ai requisiti di accreditamento previsti dal d.lgs. n. 502/1992, le strutture residenziali sociosanitarie possono essere organizzate in moduli, dotati di differenti livelli di intensità assistenziale e, ove previsto, integrati con servizi di cure domiciliari, configurandosi come Centri Residenziali Multiservizi (CRM), funzionalmente raccordati con le Case della Comunità del distretto di riferimento, secondo il modello organizzativo regionale.

Al riguardo, in linea con quanto previsto dall'articolo 31, comma 7, del d.lgs. n. 29/2024, con decreto del Ministro della Salute, da adottare previo accordo in Conferenza Stato-Regioni, sono individuati i criteri condivisi ed omogenei, a livello nazionale, per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sociosanitarie, individuando i requisiti minimi di sicurezza e i requisiti ulteriori di qualità, per l'erogazione dei servizi residenziali e semiresidenziali, nel rispetto dei principi di semplificazione amministrativa e di sussidiarietà e garantendo uniformità e *standard* elevati di assistenza.

Nell'ambito dei citati criteri, si propone una sintesi grafica dei requisiti ai quali la normativa attribuisce maggiore rilevanza:

Figura 10, Criteri e requisiti

I servizi semiresidenziali, invece, sono erogati in centri diurni sociosanitari, che accolgono l'anziano durante la fascia diurna, consentendogli di mantenere la propria residenza nel nucleo familiare di riferimento.

Tale tipologia di servizi è rivolta a persone anziane non autosufficienti, che necessitano di sostegno nelle attività quotidiane e di programmi di riabilitazione, socializzazione, formazione, nonché attività socioeducative.

Questi perseguono l'obiettivo di sostenere la permanenza al domicilio, alleggerire il carico assistenziale della famiglia e favorire, altresì, il mantenimento delle capacità psicofisiche, prevenendo l'istituzionalizzazione e l'aggravamento delle fragilità.

Le strutture residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private, accreditate sono chiamate ad operare in un quadro di integrazione istituzionale, organizzativa e professionale, con i servizi sociali territoriali, anche attraverso il progressivo potenziamento delle rispettive funzioni, nei limiti delle risorse disponibili, ai sensi della legge n. 33/2023.

In prospettiva, il sistema può evolvere rafforzando:

- la progressiva uniformità, sul territorio nazionale, dell'offerta residenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti;
- garantire migliori livelli di qualità e sicurezza ed uniformare l'offerta sul territorio nazionale.

6.7 Misure per garantire l'accesso alle cure palliative

Il presente Piano, in conformità con quanto disposto dall'articolo 32 del d.lgs. n. 29/2024, riconosce agli anziani non autosufficienti il diritto fondamentale all'accesso alle cure palliative, quale componente essenziale della presa in carico globale e continuativa della persona fragile. Tale diritto comprende la garanzia per ciascun anziano con patologie croniche, invalidanti o a evoluzione progressiva – per le quali le terapie disponibili risultino inefficaci o inadeguate alla stabilizzazione della malattia o al significativo prolungamento della vita – di beneficiare di interventi appropriati, tempestivi e personalizzati, nel pieno rispetto dei principi di continuità assistenziale, centralità della persona e tutela della sua autonomia, dignità e qualità della vita.

L'effettiva attuazione di tale diritto si realizza attraverso la rete nazionale, regionali e locali di cure palliative, organizzate per assicurare l'integrazione e il coordinamento tra i diversi *setting* assistenziali – ospedale, domicilio, *hospice* e strutture residenziali sociosanitarie.

Le reti locali delle cure palliative assicurano, sul territorio di riferimento, attraverso *équipe* multidisciplinari dedicate e specificamente formate, attività di consulenza, identificazione precoce e tempestiva del bisogno, cura e assistenza del paziente, facilitazione e attivazione dei percorsi di dimissione protetta, nonché erogazione dell'assistenza nell'ambito dei PAI, nei diversi *setting* assistenziali previsti. Tali *équipe*, presenti sul territorio, garantiscono risposte tempestive e qualificate rispetto ai bisogni complessi degli anziani non autosufficienti, assicurando continuità e appropriatezza dell'intervento palliativo.

In particolare, le prestazioni per l'attivazione delle cure palliative sono assicurate nei seguenti *setting*:

a. nelle strutture di **degenza ospedaliera**, ivi inclusi gli *hospice* in sede ospedaliera
b. nelle **attività ambulatoriali**, per l'erogazione di cure palliative precoci e simultanee
c. a **domicilio del paziente**, attraverso le unità di cure palliative domiciliari (UCPDOM)
d. nelle **strutture residenziali sociosanitarie** e negli ***hospice***

Le persone anziane fragili, non autosufficienti, in condizioni croniche complesse e avanzate o con malattie a evoluzione sfavorevole, ricevono all'interno della rete di cure palliative interventi coordinati e integrati, guidati dalla pianificazione condivisa delle cure, che coinvolge il paziente, la famiglia e le eventuali figure di

rappresentanza legale. Per gli anziani affetti da patologie croniche e invalidanti, caratterizzate da evoluzione irreversibile, tale pianificazione costituisce un riferimento vincolante per l'*équipe* sanitaria, qualora il paziente non possa esprimere il proprio consenso, in conformità alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*.

La pianificazione condivisa delle cure assume, pertanto, un rilievo centrale, poiché garantisce la partecipazione attiva dell'anziano alle decisioni sul proprio percorso terapeutico e assicura il rispetto delle volontà espresse, anche in situazioni di incapacità o impossibilità a fornire il consenso, come previsto dalla normativa vigente. Tale pianificazione costituisce il fondamento giuridico e clinico delle scelte assistenziali in tutte le fasi della malattia.

In prospettiva, il sistema può evolvere rafforzando:

- gli interventi volti al miglioramento della qualità della vita, alla riduzione delle ospedalizzazioni inappropriate e al potenziamento del supporto assistenziale, favorendo il superamento di una concezione delle cure palliative limitata alla sola fase terminale della vita, attraverso l'estensione degli interventi agli ambiti della fragilità estrema e della cronicità avanzata;
- l'introduzione di criteri omogenei per l'individuazione precoce del bisogno palliativo nell'ambito della valutazione multidimensionale;
- i meccanismi di integrazione e coordinamento tra i diversi *setting* assistenziali, anche nell'ambito delle cure palliative.

6.8 Attività di formazione a favore del personale con professionalità sociale

L'attuale quadro normativo nazionale evidenzia l'assenza di *standard* formativi omogenei dedicati alla formazione degli assistenti familiari impegnati nell'attività di supporto alle persone anziane non autosufficienti. Ciò incide negativamente sulla qualità dell'assistenza garantita da tali figure, generando potenziali disparità territoriali nella qualità e nella continuità dei servizi di cura e assistenza. Al riguardo, il legislatore nell'ambito della L. n. 33/2023 si è posto tra i suoi obiettivi quello di promuovere il miglioramento, anche in via progressiva, del livello qualitativo e quantitativo delle prestazioni di lavoro di cura e di assistenza in favore delle persone anziane non autosufficienti su tutto il territorio nazionale.

Quanto delineato nell'ambito della citata legge ha trovato applicazione con il d.lgs. n. 29/2024 all'articolo 38, ove sono state individuate le aree in intervento riportate nella figura a lato. Con l'attuazione delle misure introdotte dal medesimo articolo, si mira, dunque, un miglioramento significativo della qualità dell'assistenza offerta alle persone anziane non autosufficienti, indipendentemente dal territorio di residenza, oltre ad una più efficace corrispondenza tra domanda e offerta di lavoro nel settore dell'assistenza familiare.

Figura 11, articolo 38, del d.lgs. n. 29/2024

In tale contesto, in coerenza con le previsioni dell'articolo 38, comma 1, sono state adottate le *Linee guida nazionali per la definizione degli standard formativi degli assistenti familiari*, predisposte dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e approvate in Conferenza Stato-Regioni.

Il documento costituisce il primo riferimento unitario per la definizione dei percorsi formativi destinati agli assistenti familiari e consentono di superare la precedente disomogeneità della programmazione regionale.

Le linee guida individuano, infatti, un impianto organico, che comprende la descrizione del profilo professionale, la definizione degli *standard* delle attività lavorative e delle competenze richieste, le principali caratteristiche dell'offerta formativa, i requisiti di ammissione ai percorsi formativi professionalizzanti, nonché le disposizioni in materia di valutazione, certificazione delle competenze e iscrizione al registro regionale degli assistenti qualificati. Tale articolazione garantisce coerenza nell'individuazione dei criteri di accesso, nel riconoscimento delle esperienze pregresse e nella procedura di attestazione finale.

L'introduzione delle citate linee guida rafforza, pertanto, il processo di qualificazione del personale impegnato nei servizi di cura e assistenza e, al contempo, consente alle regioni di aggiornare i propri registri, sulla base di *standard* condivisi, assicurando uniformità nelle procedure e affidabilità nel riconoscimento professionale. Esse rappresentano un tassello fondamentale per garantire, su scala nazionale, livelli minimi omogenei di qualità nell'erogazione delle prestazioni socioassistenziali e per tutelare in modo più efficace le persone anziane non autosufficienti, in linea con gli obiettivi della riforma.

Questa impostazione risponde alla duplice esigenza di voler assicurare una formazione di qualità, ma anche trasparenza ed equità nell'accesso ai percorsi formativi e, al tempo stesso, alla necessità di evitare

l’introduzione di nuovi requisiti restrittivi per l’esercizio della professione, preservandone la natura aperta, ma regolata.

6.8.1 Percorsi formativi per le *équipe* sociosanitarie

La formazione del personale con professionalità sociale, chiamato ad operare nelle *équipe* sociosanitarie, presso i PUA, rappresenta un elemento imprescindibile, per assicurare, in coerenza con le linee guida nazionali, l’erogazione di servizi di assistenza di qualità alle persone anziane non autosufficienti.

In particolare, tale processo formativo è fondamentale per garantire il corretto funzionamento dei PUA, strutture strategiche per l’integrazione tra servizi sociali e sanitari.

L’erogazione di percorsi formativi adeguati favorisce una presa in carico unitaria e più consapevole, assicura continuità assistenziale e migliora l’appropriatezza degli interventi. Allo stesso tempo, rende più omogenea la gestione dei processi operativi, valorizza le diverse professionalità coinvolte e promuove l’adozione di metodologie condivise.

In questo quadro, gli obiettivi formativi mirano a consolidare la cooperazione tra i diversi profili professionali, ad uniformare i protocolli e le modalità di presa in carico e ad assicurare un aggiornamento sistematico delle conoscenze e delle competenze delle *équipe*. Ciò consente di mantenere un costante allineamento ai bisogni emergenti delle comunità di riferimento e ai modelli organizzativi vigenti nei territori.

Pertanto, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, in raccordo con le regioni, gli Enti locali e gli ATS, promuove percorsi formativi organici e strutturati, articolati in *webinar* tematici e sessioni di approfondimento, finalizzati a consolidare le competenze degli operatori e a garantire un utilizzo omogeneo degli strumenti e delle procedure. Tali iniziative favoriscono una visione condivisa degli interventi e contribuiscono a rafforzare l’integrazione operativa tra i diversi livelli del sistema.

Le attività formative saranno progettate con un approccio modulare e flessibile, volto a favorire la condivisione dei protocolli operativi, l’armonizzazione delle prassi sociali e sanitarie ed il rafforzamento delle competenze professionali. In questo modo, si intende promuovere un’integrazione più efficace tra i servizi sociosanitari ed un migliore coordinamento all’interno dei PUA, garantendo una continuità assistenziale adeguata e coerente.

In tale prospettiva, la formazione assume una funzione di supporto concreto all'operatività delle *équipe*, contribuendo a consolidare i processi organizzativi e a rendere più omogenee le modalità di intervento sui territori. Ciò contribuisce a consolidare il buon funzionamento dei PUA e a potenziare il sistema di integrazione sociosanitaria, assicurando interventi adeguati e coerenti con i bisogni della popolazione anziana non autosufficiente.

In particolare, questi servizi comprendono anche attività di assistenza alle famiglie per l'espletamento degli adempimenti connessi all'assistenza domiciliare sociale, costituendo un sostegno concreto nel disbrigo delle pratiche amministrative, comprese quelle legate alla gestione del rapporto di lavoro con l'assistente familiare.

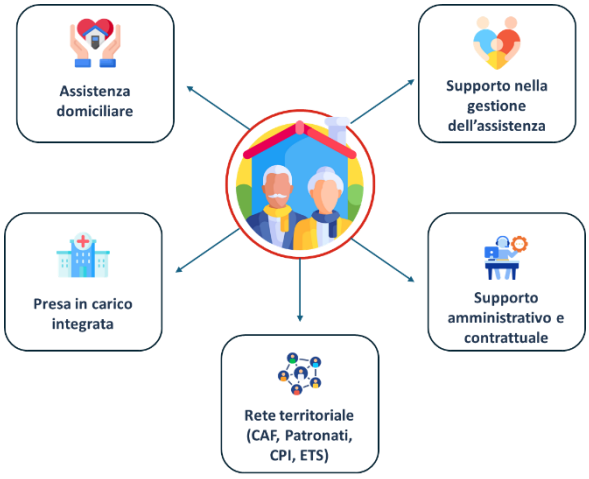


Figura 12, Servizi sociali

A tal fine, gli ATS sono chiamati a svolgere una funzione complessa e specialistica, avvalendosi di convenzioni stipulate con soggetti qualificati – quali, CAF, patronati, consulenti del lavoro o commercialisti – in grado di offrire le prestazioni necessarie a tariffe concordate e, ove previsto, parzialmente o totalmente sovvenzionate.

Al fine di implementare l'efficacia di tali servizi, le regioni possono, inoltre, promuovere la sottoscrizione di accordi di collaborazione interistituzionale tra ATS, centri per l'impiego, ETS ed altri organismi territoriali qualificati, in modo da consolidare una rete funzionale, volta ad accompagnare le famiglie nella gestione complessiva dell'assistenza domiciliare.

Rientra, altresì, tra le funzioni dei servizi sociali di supporto la promozione di corsi di formazione professionale per l'acquisizione della qualifica di assistente familiare, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'offerta assistenziale e garantire *standard* professionali adeguati.

In relazione a tale tipologia di servizi, può essere prevista l'erogazione di contributi economici a sostegno della domiciliarità – come meglio specificato al capitolo 10 – a favore delle famiglie che si avvalgono dell'assistenza familiare per la cura dell'anziano non autosufficiente (assegni di cura, *voucher*, misure di sostegno alla domiciliarità e all'autonomia personale).

In prospettiva, il sistema può evolvere rafforzando:

- la domiciliarità come modalità prioritaria di assistenza, attraverso l'integrazione tra prestazioni sanitarie, sociali e sociosanitarie;
- il continuum assistenziale tra servizi domiciliari, residenziali e territoriali, garantendo continuità e coordinamento dei percorsi di cura;
- un modello integrato di supporto che combini interventi professionali, tecnologie digitali e risorse della comunità locale;
- la riorganizzazione del sistema dei servizi per favorire la permanenza della persona anziana nel proprio contesto di vita e relazionale;

Capitolo 7 – La Prestazione Universale

Nell'ambito dell'esercizio della delega conferita al Governo dalla legge n. 33/2023, è stato avviato un ampio processo di revisione e rafforzamento del sistema di assistenza destinato alla popolazione non autosufficiente. In tale contesto, il legislatore ha individuato specifici principi e criteri direttivi volti a promuovere un progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali, riconoscendo la necessità di introdurre strumenti più flessibili, personalizzati e capaci di rispondere in modo più efficace ai bisogni complessi degli anziani in condizione di maggiore fragilità. Tra questi rientra la previsione di una nuova Prestazione Universale (d'ora innanzi anche PU), da introdurre anche in forma sperimentale, destinata alle persone anziane non autosufficienti che scelgano espressamente di avvalersene[19]. La prestazione in coerenza agli obiettivi della citata legge contribuisce a semplificare e coordinare l'insieme delle misure sociali e sanitarie già destinate a questa fascia di popolazione, favorendo una risposta più organica e integrata ai loro bisogni.

Con il d.lgs. n. 29/2024 è stata, dunque, istituita, in via sperimentale, dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026 la PU, la quale, pur non essendo finanziata con le risorse dedicate all'attuazione degli interventi previsti dal presente Piano, è, in ogni caso, destinata ad una parte di destinatari interessati dalle previsioni di questo documento.

Tale beneficio economico è finalizzato alla promozione e al progressivo potenziamento degli interventi a sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti.

L'erogazione di tale misura è subordinata alla presenza di uno specifico bisogno assistenziale di livello gravissimo, la cui presenza è accertata dall'INPS, che procede allo svolgimento delle necessarie verifiche, sulla base delle informazioni sanitarie a disposizione nei propri archivi e delle indicazioni fornite dalla Commissione appositamente istituita con decreto del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali 19 dicembre 2024, oltre che con le modalità di cui all'articolo 29-*ter* del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 settembre 2020, n. 120. L'introduzione della presente misura comporta significativi benefici in favore delle persone anziane non autosufficienti, ampliando le possibilità di accesso a servizi qualificati e contribuendo al complessivo miglioramento del loro benessere psicofisico. La finalità primaria è quella di sostenere l'autonomia personale, la dignità e l'inclusione sociale dei soggetti interessati. Rientrano tra i destinatari indiretti, tra gli altri, gli assistenti familiari, la cui professionalità risulta valorizzata mediante la promozione di rapporti di lavoro regolari e conformi alla normativa vigente.

L'erogazione di tale beneficio economico è, infatti, finalizzata a fornire un sostegno economico per remunerare il costo del lavoro di cura e assistenza, svolto da lavoratori domestici con mansioni di assistenza

[19] Articolo 5, comma 2, lettera *a*) della legge n. 33/2023

alla persona titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore, di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81[20], o l'acquisto di servizi destinati al lavoro di cura e assistenza e forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale, nel rispetto delle specifiche previsioni contenute nella programmazione integrata di livello regionale e locale.

La misura in argomento si inserisce in un processo di progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali rivolte alle persone anziane non autosufficienti, in considerazione delle crescenti difficoltà che molti nuclei familiari incontrano nel sostenere i costi del lavoro di cura, specialmente in assenza delle competenze professionali necessarie per garantire un'assistenza adeguata. A ciò si aggiunge la diffusa presenza, nel settore dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, di rapporti di lavoro sommersi, fenomeno che ostacola l'accesso a servizi di qualità e ne limita lo sviluppo sul territorio nazionale. La PU, in tal senso, mira, quindi, anche a favorire l'emersione del lavoro irregolare, promuovendo rapporti di lavoro regolari e qualificati.

7.1 Beneficiari della Prestazione

La PU, nell'attuale forma sperimentale, come anticipato nel paragrafo precedente, è riconosciuta dall'INPS, a seguito di una richiesta espressa da parte dell'interessato e può essere concessa esclusivamente agli anziani non autosufficienti che soddisfano una serie di requisiti, elencati nella figura sottostante:

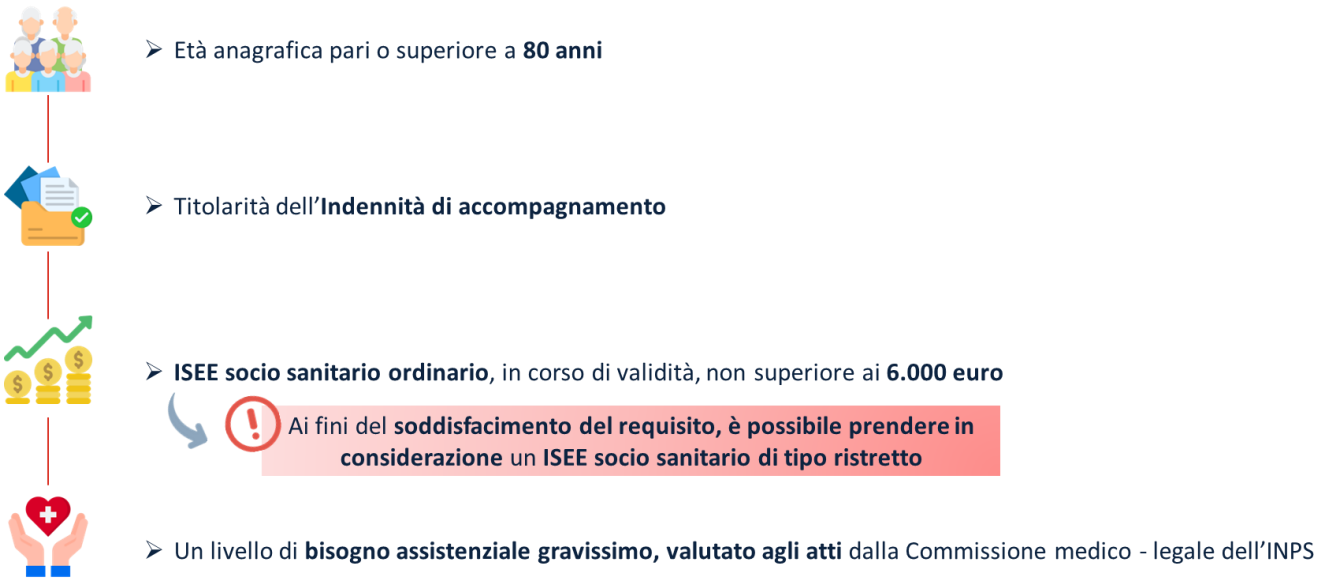


Figura 13, Beneficiari della Prestazione

Rispetto all'accertamento della presenza del bisogno assistenziale gravissimo, l'INPS effettua le necessarie verifiche sulla base delle informazioni sanitarie presenti nei propri archivi e dei criteri di classificazione del bisogno assistenziale gravissimo elaborati dalla Commissione tecnico-scientifica, istituita con decreto del

[20] Recante *Disciplina organica dei contratti di lavoro e revisione della normativa in tema di mansioni, a norma dell'articolo 1, comma 7, della legge 10 dicembre 2014, n. 183*.

Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 16 ottobre 2024, n. 155. Nel definire tali criteri, la Commissione ha operato, in coerenza con quanto stabilito dal comma 3, dell'articolo 34, del d.lgs. n. 29/2024, tenendo conto delle disposizioni contenute nell'articolo 3 del decreto ministeriale del 26 settembre 2016, relativo agli stati di disabilità gravissima.

Al termine di un confronto approfondito e considerata l'urgenza connessa all'avvio della Prestazione Universale, a partire dal 1° gennaio 2025, la Commissione ha individuato gli elementi necessari per il riconoscimento del livello di bisogno assistenziale gravissimo.

La Commissione tecnico-scientifica ha adottato un approccio multidisciplinare volto a integrare la valutazione sanitaria della compromissione della salute, prevista dall'articolo 3 del DM 2016, con l'analisi delle dimensioni sociali della disabilità, indispensabili per determinare il livello di bisogno assistenziale gravissimo. I criteri e gli indicatori elaborati riflettono l'integrazione tra la condizione clinica e il contesto sociale. Nella figura a lato sono illustrati i criteri individuati dalla Commissione.

Figura 14, Criteri individuati dalla Commissione

Di conseguenza, i requisiti sanitari e sociali, rappresentati nel *box* sottostante, sono considerati congiuntamente per determinare l'effettivo livello di gravità:

Requisito sanitario

Ai fini della valutazione del **grado di disabilità** del soggetto, si terrà conto delle indicazioni previste dal **Decreto Ministeriale del 26 settembre 2016**

Requisito sociale

Ai fini della valutazione del **requisito sociale** si farà riferimento ad un **apposito questionario**, in grado di valutare la situazione della persona con disabilità **in ambito familiare e assistenziale**

Figura 15, Requisiti sanitari e sociali

Per quanto concerne la valutazione del requisito sociale è stato predisposto un apposito questionario[21], volto ad analizzare la situazione della persona con disabilità nell'ambito familiare e assistenziale. Tale questionario

[21] Di seguito si riporta il *link* al decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali 19 dicembre 2024 di adozione Indicatori dello stato di bisogno assistenziale gravissimo, contenente il questionario: https://www.inps.it/content/dam/inps-site/it/scorporati/circolari-e-messaggi/2024/12/Circolare_14758/Allegati/15758_Messaggio-numero-4490-del-30-12-2024_Allegato-n-1.pdf

viene compilato al momento della presentazione della domanda. Il punteggio minimo previsto per il riconoscimento del bisogno assistenziale gravissimo è fissato in 8 punti.

7.2 Modalità di presentazione della domanda

La domanda di accesso alla PU può essere avanzata in modalità telematica attraverso la piattaforma dedicata dell'INPS, denominata *Hub delle prestazioni non pensionistiche*. Tale domanda, inoltre, può essere presentata anche presso gli istituti di patronato di cui alla legge 30 marzo 2001, n. 152 recante "Nuova disciplina per gli istituti di patronato e di assistenza sociale". Il procedimento per la presentazione della domanda per l'accesso alla PU è meglio illustrato nella figura sottostante.

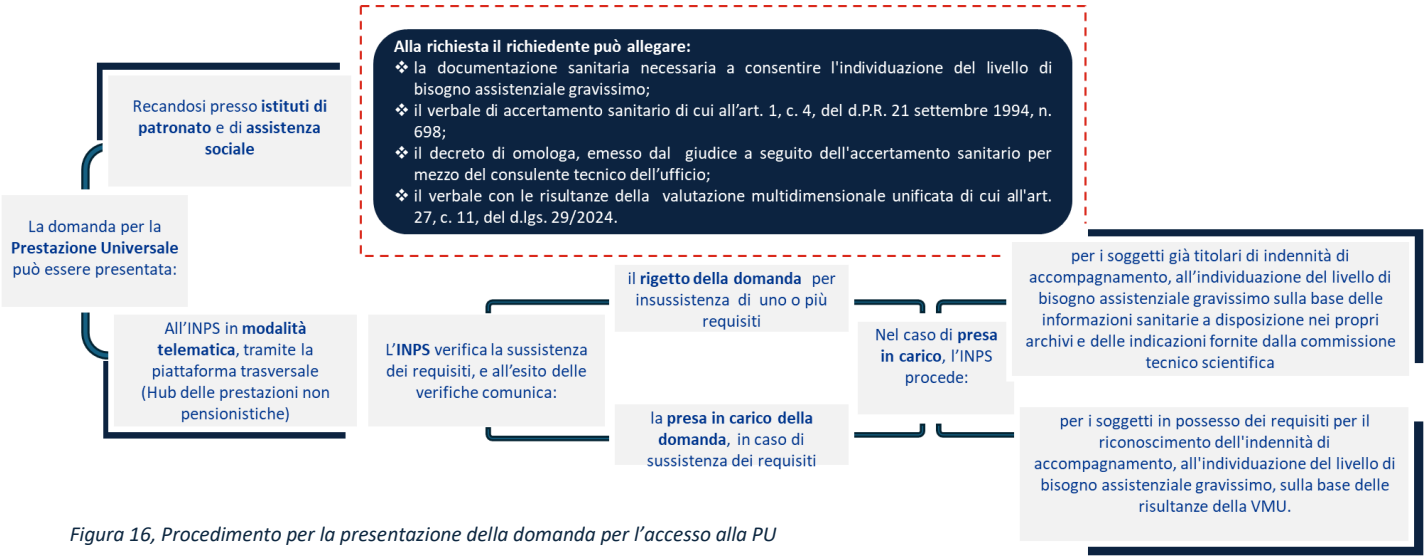


Figura 16, Procedimento per la presentazione della domanda per l'accesso alla PU

7.3 Oggetto del beneficio

La PU è erogabile sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona. Il beneficio economico, esente da imposizione fiscale e non soggetta a pignoramento, è composto come segue:

- **una quota fissa monetaria** corrispondente all'indennità di accompagnamento, di cui all'articolo 1 della legge n. 18/1980;
- **una quota integrativa** definita "assegno di assistenza", pari ad euro 850 mensili, finalizzata a remunerare il costo del lavoro di cura e assistenza, svolto da lavoratori domestici con mansioni di assistenza alla persona titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore, di cui all'articolo 51 del d.lgs. n. 81/2015, o l'acquisto di servizi destinati al lavoro di cura e assistenza e forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale, nel rispetto delle specifiche previsioni contenute nella programmazione integrata di livello regionale e locale.

Figura 17, Composizione del beneficio economico

Le componenti sopra indicate – la quota fissa, corrispondente all'indennità di accompagnamento, e la quota integrativa, denominata "assegno di assistenza" – concorrono unitariamente a costituire un'unica prestazione, alla quale il beneficiario può in qualsiasi momento scegliere di rinunciare con conseguente rispristino dell' indennità di accompagnamento, di cui all'articolo 1 della legge n. 18/1980 e delle ulteriori prestazioni, di cui all'articolo 1, comma 164, della legge n. 234/2021, quando fruite prima dell'opzione.

Al riguardo, si precisa che la quota relativa all'indennità di accompagnamento, pur concorrendo alla formazione di un'unica prestazione, continua ad essere regolata dalla legge n. 18/1980, mentre la quota "integrativa" può essere utilizzata per l'acquisto dei servizi, che, in coerenza con le finalità per cui è istituita la misura, non comprendono servizi connessi ad attività sanitarie ed infermieristiche.

7.4 Controlli, revoca e decadenza dalla PU

Al fine di garantire il corretto utilizzo delle risorse economiche di natura statale, l'INPS effettua verifiche, anche attraverso lo svolgimento di controlli a campione, sull'utilizzo della quota integrativa:

a. sulla base delle informazioni presenti nei propri archivi e banche dati, la correttezza contributiva del rapporto di lavoro dell'assistente domiciliare assunto dal beneficiario della prestazione universale per almeno quindici ore settimanali;

b. il rilascio della fattura elettronica, intestata al beneficiario della prestazione universale, redatta in conformità alle specifiche disposizioni in materia, attestante l'acquisto di servizi di cura e assistenza di cui all'allegato al presente decreto, che ne forma parte integrante, forniti da imprese e/o professionisti qualificati. Tale verifica è effettuata dall'INPS sulle fatture indicate dal beneficiario attraverso il servizio di verifica dell'esistenza delle fatture elettroniche messo a disposizione dall'Agenzia delle entrate.

L'INPS, inoltre, nei casi in cui accerti il mancato utilizzo, totale o parziale, della quota integrativa per le finalità indicate, provvede a revocare l'assegno di assistenza. In tal caso il beneficiario è obbligato a restituire le somme indebitamente percepite. Resta, invece, salva la continuità nell'erogazione dell'indennità di accompagnamento, in presenza dei requisiti previsti a norma di legge.

7.5 Fonti di finanziamento

Ai fini dell'attuazione della PU è stata stanziata una rilevante dotazione finanziaria pari a 250 milioni di euro per il 2025 e ad altrettanti 250 milioni per il 2026.

Nella figura al lato sono riportate in modo puntuale le diverse fonti di finanziamento:

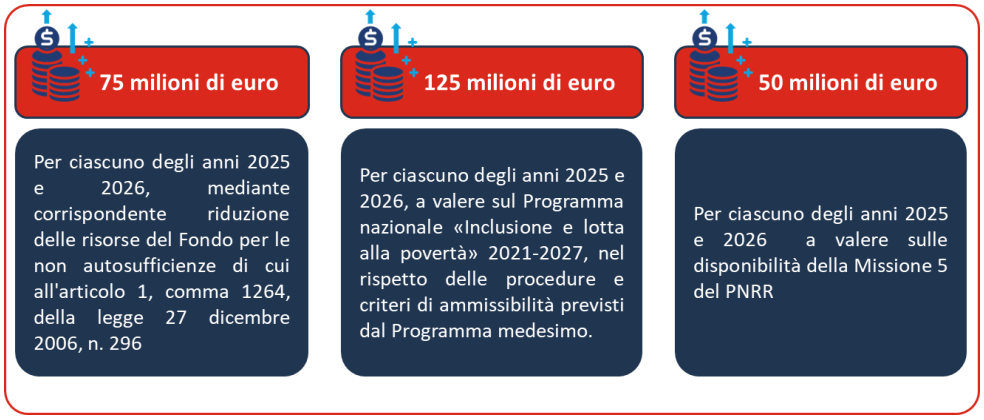


Figura 18, Fonti di finanziamento

L'INPS, al fine di effettuare il monitoraggio degli oneri connessi all'attuazione della PU, verifica, anche in via previsionale, eventuali scostamenti tra il numero delle domande presentate e le risorse disponibili, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 36 del d.lgs. n. 29/2024. Entro il giorno 10 di ogni mese, l'Istituto invia una rendicontazione al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero dell'economia e delle finanze, con riferimento al mese precedente, contenente il numero delle domande accolte, i relativi oneri e gli eventuali scostamenti rilevati, secondo le modalità indicate dai Ministeri competenti.

Nei casi in cui dal monitoraggio mensile emerga che la spesa per le domande accolte abbia raggiunto, anche solo in proiezione, i limiti stabiliti dall'articolo 36, comma 6, del d.lgs. n. 29/2024, l'INPS sospende l'accoglimento delle nuove domande e l'istruttoria di quelle pervenute. Tale sospensione rimane efficace fino all'adozione del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, previsto dal medesimo comma 6, con il quale viene rideterminato l'importo mensile della quota integrativa di cui all'art. 4, comma 1, lettera *b*), con decorrenza dal secondo mese successivo all'entrata in vigore del decreto stesso.

Resta fermo che l'emanazione di tale decreto non incide sulle mensilità del beneficio già riconosciute dall'INPS.

Dall'analisi delle prime evidenze emergono alcuni aspetti positivi; in particolare un miglioramento della qualità e della continuità dei servizi di assistenza e cura erogati ai beneficiari della PU. Tuttavia, per potenziare ulteriormente l'impatto della misura, sono in corso approfondimenti tecnici finalizzati a semplificare le modalità di presentazione delle domande e a favorire, ove possibile, l'ampliamento delle platee finora coinvolte.

In prospettiva, il sistema può evolvere rafforzando:

- l'inquadramento della PU all'interno di un percorso strutturato di presa in carico della persona non autosufficiente;
- modelli integrati capaci di connettere sostegno economico, assistenza domiciliare e servizi sociosanitari;
- processi di revisione partecipata e di maggiore integrazione tra prestazioni economiche e rete dei servizi;
- interventi orientati al miglioramento della qualità della vita, dell'autonomia e della dignità delle persone anziane e delle loro famiglie.

Capitolo 8 – Personale previsto e assunto per i PUA

Al fine di garantire il corretto funzionamento dei PUA, con particolare riguardo alle attività afferenti alla VMU, operano *équipe* interprofessionali costituite da operatori sociali afferenti agli ATS e da operatori sanitari delle ASL. Le *équipe*, integrate e multidisciplinari, sono composte da personale adeguatamente formato e numericamente idoneo, appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. In tal modo, viene assicurato il contributo di tutte le competenze professionali necessarie a garantire un'adeguata e tempestiva presa in carico dell'intero percorso assistenziale integrato.

I PUA compiono attività di orientamento, inclusa l'eventuale possibilità di attivare, secondo le regole organizzative territoriali, la stessa UVM.

L'ATS e il Distretto sanitario/ASL individuano congiuntamente le figure professionali necessarie da destinare all'equipe integrata, assicurando la presenza di un nucleo minimo e stabile di personale sanitario e sociale, che può essere supportato da ulteriori figure professionali specialistiche in relazione ai bisogni specifici della persona assistita.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie necessarie per l'attivazione e il funzionamento dei PUA e delle UVM, comprese le attività di formazione del personale, sono garantite dalle ASL per il tramite dei Distretti sanitari e dalle amministrazioni locali facenti parte dell'ATS. Al fine di assicurare l'espletamento delle proprie funzioni istituzionali, ciascun PUA deve disporre di una dotazione minima e stabile di personale appartenente a differenti profili professionali, con il compito di assicurare l'accoglienza, l'ascolto e la prevalutazione dei bisogni dell'utenza secondo un approccio bio-psico-sociale.

Presso ciascun PUA deve essere, altresì, garantita una dotazione stabile e appropriata per:

- di **personale sociale professionale comunale** e **altre eventuali professionalità sociali** (tramite l'ATS);
- di **personale sanitario** e **altre eventuali professionalità sanitarie** (tramite il Distretto);
- di **personale con qualifica infermieristica di comunità**;
- di **adeguati servizi amministrativi e tecnici**;
- di **eventuali servizi di mediazione linguistico-culturale**.

Andranno, inoltre, garantiti i necessari collegamenti con la Centrale operativa territoriale (COT) e con tutti i presidi presenti nell'ATS, siano essi sanitari, che sociali.

Al fine di garantire il funzionamento dei PUA, è necessario che questi siano dotati di adeguato contingente di personale sociale e, pertanto, la legge di bilancio n. 199/2025 ha:

- istituito un **sistema di garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni nel settore sociale**, determinato in ciascun **ATS**, quale livello di spesa necessario a garantire progressivamente, a partire dal 2027, un'offerta omogenea dei servizi sull'intero territorio nazionale, attraverso criteri oggettivi per la quantificazione delle risorse (articolo 1, comma 699);
- disposto che, **entro il 30 giugno 2026**, con **DPCM** siano determinati i livelli di spesa di riferimento per ciascun ATS, stabilendo che, con uno o più **decreti il Ministero del lavoro e delle politiche sociali**, di **concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e l'Autorità politica delegata per gli affari regionali e le autonomie**, previo parere della **Commissione tecnica per i fabbisogni *standard***, entro 12 mesi dall'entrata in vigore della legge, saranno definiti i **sistemi operativi** e le **modalità integrate** di **monitoraggio dei servizi sociali** (articolo 1, commi 701 e 702);
- incrementato di **200 milioni di euro** annui, a decorrere **dal 2027**, il **Fondo speciale per l'equità del livello dei servizi**, di cui all'articolo 1, comma 496, lettera a), della legge 30 dicembre 2023, n. 213. L'incremento è volto a perseguire il raggiungimento dell'obiettivo di garantire la presenza di un'***équipe* multidisciplinare** (come prevista dall'articolo 5, comma 7, del d.lgs. 15 settembre 2017, n. 147) composta a livello di ATS, da uno psicologo ogni 30mila abitanti e da un educatore professionale socio pedagogico (definito ai sensi dell'articolo 3 della legge 15 aprile 2024, n. 55) ogni 20mila abitanti (articolo1, comma 700, lettera b));
- previsto **un'ora settimanale di assistenza domiciliare** da parte dei **servizi socio-assistenziali** per le **persone non autosufficienti**, da modulare in funzione della consistenza della platea dei beneficiari, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, nei bilanci degli enti (articolo 1, comma 700, lettera c);
- si prevede che il **finanziamento** degli altri obiettivi e prestazioni del **Sistema di garanzia dei Livelli Essenziali delle Prestazioni** nel settore sociale avvenga anche mediante gli **stanziamenti** già disposti dalla **legge di bilancio 2024**. Le amministrazioni regionali e locali concorrono ad assicurare agli ATS le risorse necessarie per raggiungere i livelli di spesa di riferimento stabiliti ai sensi del comma 701, della legge di bilancio 2026 (l. n. 199/2025), nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente.

8.1 Impegni delle Amministrazioni Locali e della Aziende Sanitarie Locali (ASL)

Al fine di garantire la presa in carico integrata della persona, ciascuno per le proprie competenze e in stretto raccordo reciproco, l'ATS e i Distretti Sanitari operano come segue: l'ATS assicura l'attuazione dei LEPS sociali di erogazione e di processo individuati nel presente Piano; i Distretti Sanitari provvedono, per quanto di rispettiva competenza, all'attuazione dei LEA sanitari che, pur non rientrando nell'oggetto specifico del Piano, concorrono a garantire il raccordo e l'integrazione tra le prestazioni sociali e sanitarie, secondo un approccio coordinato e coerente con l'assetto istituzionale.

Le Amministrazioni locali, sulla base dei modelli organizzativi regionali, garantiscono la piena operatività dell'ATS, il cui organo di governance istituzionale è rappresentato dal Comitato o dalla Conferenza dei Sindaci, e realizzano tutte le azioni necessarie a garantire:

- lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo delle **attività previste in ciascuna delle macrofasi del percorso assistenziale**, come definito nel presente piano;
- la **disponibilità di risorse umane, strumentali e finanziarie** adeguate, con particolare attenzione alla qualità e quantità delle professionalità sociali coinvolte;
- la **cooperazione** piena ed efficace tra le **strutture organizzative delle amministrazioni locali** e l'***équipe* integrata** di **Ambito**, comprendente anche le risorse messe a disposizione dalla ASL, attraverso il Distretto sanitario.

L'ASL, da parte sua, assicura la piena funzionalità del Distretto sanitario e realizza le azioni necessarie a garantire la piena funzionalità dei PUA presso le Case di comunità, ove esistenti, nonché la cooperazione strutturata tra le proprie articolazioni organizzative interne, ivi comprese quelle afferenti ai Dipartimenti, e l'*équipe* integrata di Ambito[22], composta anche da risorse rese disponibili dalle Amministrazioni locali per il tramite dell'Ambito territoriale sociale.

Gli ATS e le ASL si impegnano, altresì, a cooperare attivamente nel processo di integrazione del sistema locale dei servizi sociali con il sistema territoriale dei servizi sanitari, con particolare riferimento allo sviluppo e alla funzionalità delle Case della comunità, degli ulteriori presìdi territoriali, delle COT e dei PUA.

[22] Definita ai sensi del Titolo II, articolo 10, dell'Accordo di programma che forma parte integrante del presente Piano.

Capitolo 9 – Programmazione, monitoraggio e rendicontazione

9.1 Sistema informativo unitario dei servizi sociali (SIUSS)

Il Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali è strutturato nelle seguenti componenti:

a. Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali, articolato a sua volta in:

- Banca dati delle prestazioni sociali (BDPS);
- Banca dati delle valutazioni e progettazioni personalizzate (BDVPP):
  1. Piattaforma digitale del Reddito di Cittadinanza per il Patto di inclusione sociale (PRDC);
  2. Piattaforma di gestione dei patti di inclusione dei beneficiari dell'Assegno di inclusione;
- Sistema informativo dell'ISEE, di cui all'articolo 11 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013;

b. Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali, articolato a sua volta in:

- Banca dati dei servizi attivati (BDSA);
- Banca dati delle professioni e degli operatori sociali (BDPOS).

La collaborazione continuativa con la componente tecnica della Rete costituisce un elemento essenziale di confronto, finalizzato ad apportare gli adeguamenti necessari al sistema, sia in occasione dell'introduzione di nuove prestazioni, sia qualora emergano ulteriori esigenze informative.

9.2 Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali

La prima sezione del Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali è costituita dalla Banca dati delle prestazioni sociali (BDPS), che sostituisce e integra la precedente Banca dati delle prestazioni sociali agevolate, condizionate all'ISEE, già disciplinata dal decreto ministeriale dell'8 marzo 2013 e integralmente recepita dal successivo decreto interministeriale 16 dicembre 2014, n. 206, recante *le modalità attuative del Casellario dell'assistenza*.

Le prestazioni sociali rilevate sono individuate nella Tabella 1, allegata al citato decreto n. 206 del 2014, cui nel tempo sono state aggiunte ulteriori prestazioni. Tra queste ultime, rivestono particolare rilievo, per l'ambito della disabilità e degli anziani non autosufficienti, le prestazioni appartenenti alla nuova categoria

A9, disponibile nel sistema *Casellario dell'assistenza* dal febbraio 2018, finalizzata al miglioramento delle attività di programmazione, monitoraggio e rendicontazione:

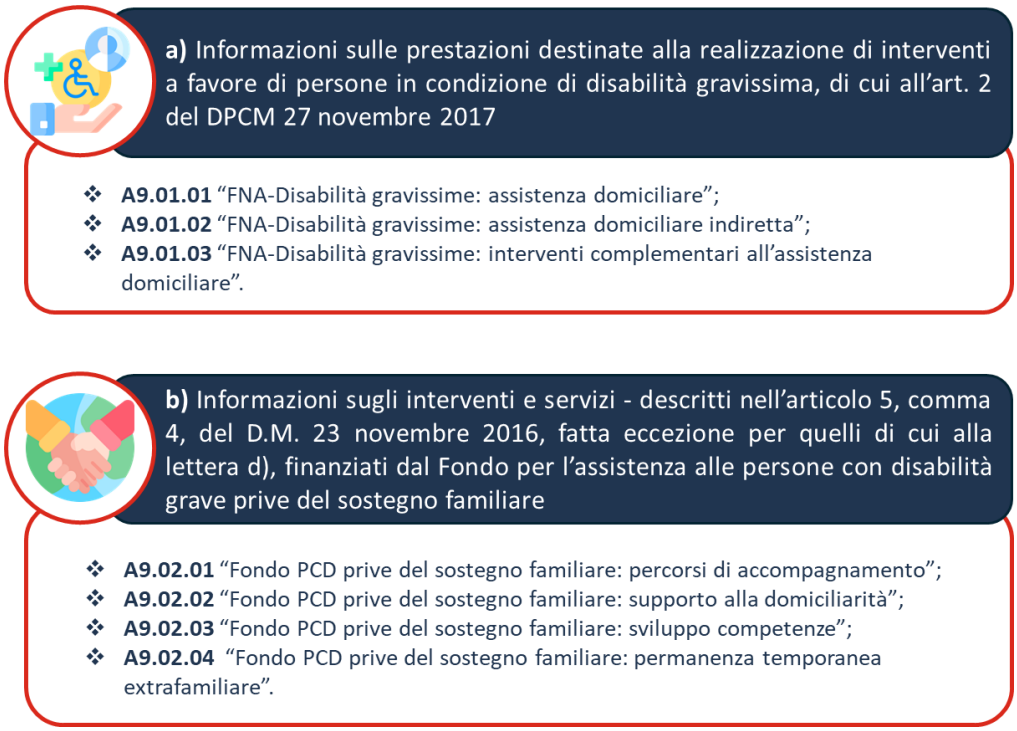


Figura 19, Categorie Casellario dell'assistenza

Occorre, tuttavia, evidenziare che la BDPS offre un quadro ampiamente esaustivo delle prestazioni erogate dall'INPS, ma risulta limitata nella rappresentazione dei dati provenienti da altri enti erogatori, i quali incontrano difficoltà riconducibili alla carenza di risorse umane dedicate alle attività di implementazione del sistema, nonché alla mancanza di risorse tecniche e finanziarie necessarie per l'adeguamento dei propri sistemi informativi e per l'invio massivo dei flussi di dati o l'attivazione dell'interoperabilità.

Per quanto riguarda la Banca dati delle valutazioni e progettazioni personalizzate, e in particolare il modulo SINA (Sistema Informativo Non Autosufficienza), alle criticità sopra descritte si aggiunge la complessità nel reperimento delle numerose e dettagliate informazioni richieste dal tracciato SINA. Risulta, pertanto, particolarmente avvertita la necessità di una maggiore cooperazione tra sistemi informativi e banche dati, volta a potenziare e consolidare l'interoperabilità tra i diversi sistemi. Al riguardo, è in corso d'opera il progetto fascicolo sociale lavorativo, una piattaforma che consente l'interoperabilità dei sistemi informativi e delle basi di dati tra gli enti e le pubbliche amministrazioni che operano in materia di politiche sociali, lavoro, formazione, in attuazione delle linee guida di progettazione della Piattaforma digitale nazionale dati - PDND - di cui all'articolo 50-*ter* del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82. Un'ulteriore iniziativa è volta a promuovere l'utilizzo della cartella sociale informatizzata (CSI). In particolare, nel corso del 2025 è stato predisposto un documento che contiene le *Linee guida e requisiti funzionali per la progettazione della CSI*, risultato di un lavoro commissionato dalla Direzione Generale per lo sviluppo sociale e gli aiuti alle povertà

all'ANCI, nel quadro delle misure sostenute dal PN Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027 e delle attività finalizzate a migliorare e potenziare la capacità degli ATS di rispondere adeguatamente alle necessità dei cittadini più fragili. Il documento ha un valore strategico, in quanto si vuole definire, per la prima volta, un modello nazionale omogeneo che possa orientare la progettazione delle soluzioni a livello locale, chiarendo i requisiti minimi per garantire l'interoperabilità con il SIUSS e con le principali banche dati nazionali e mettendo a disposizione un linguaggio condiviso per regioni, ATS e comuni. Il documento approfondisce le modalità tecniche di progettazione di una CSI ed è stato approvato dal Comitato tecnico per l'elaborazione del Sistema informativo unitario dei servizi sociali, che opera nell'ambito della Rete della protezione e dell'inclusione sociale e successivamente approvato nella seduta della Rete del 4 dicembre 2025, con proposta di adozione da parte del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell'articolo 21, comma 8, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 e successive modificazioni.

Il sistema sarà ulteriormente implementato al fine di raccogliere le informazioni derivanti dal monitoraggio dell'offerta dei servizi realizzati a livello territoriale, in attuazione dei LEPS.

Tutto ciò rappresentato, si segnala che con successiva circolare verranno fornite ulteriori dettagliate indicazioni circa la compilazione delle schede di programmazione e rendicontazione, che saranno adeguate alle disposizioni del presente Piano.

9.3 Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali

Nel corso del 2021 sono state raccolte, per la prima volta, le informazioni relative alla Banca dati dei servizi attivati e alla Banca dati delle professioni, la cui unità di rilevazione è rappresentata dall'Ambito territoriale. A tali banche dati si è aggiunta un'ulteriore componente: la Banca dati degli assistenti sociali, istituita per la gestione del contributo destinato agli assistenti sociali introdotto dalla legge di bilancio n. 178/2020, all'articolo 1, comma 797 e seguenti.

Nell'ultima raccolta dati ultimata, relativa all'annualità 2024, la Banca dati dei servizi attivati è stata popolata da 601 Ambiti territoriali, complessivamente comprendenti 7.777 comuni; la Banca dati delle professioni e degli operatori sociali da 471 Ambiti e la Banca dati degli assistenti sociali da 530 Ambiti. Il tasso medio di popolamento delle banche dati è risultato pari all'89%.

Per ciascun ATS sono stati rilevati i servizi offerti nel territorio di competenza, tra quelli individuati nell'Allegato 2 del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 103 del 22 agosto 2019. Il medesimo decreto, nel definire le modalità attuative del nuovo sistema informativo dell'offerta, ha previsto la possibilità di attivare moduli di approfondimento riguardanti interventi e servizi costituenti obiettivi di servizio o di particolare rilevanza individuata nell'ambito della Rete.

Nel primo anno di rilevazione sono stati attivati moduli di approfondimento relativi a:

- Segretariato sociale;
- Servizio sociale professionale;
- Affidamento familiare;
- Servizi residenziali per minorenni.

I dati, raccolti a livello di ATS, sono stati organizzati considerando cinque macro-attività di riferimento:

Tali macro-attività sono state analizzate in relazione a tre aree di utenza, ciascuna articolata in due sotto-aree:

Gli interventi per la domiciliarità rappresentano la macro-attività di maggiore rilievo per l'Area 2. Tra gli Ambiti rispondenti, 9 su 10 dichiarano di aver attivato un servizio di assistenza domiciliare socioassistenziale, mentre poco meno di 8 su 10 offrono un servizio di assistenza domiciliare integrata con prestazioni sanitarie. Circa il 60% degli ATS ha attivato ulteriori interventi per la domiciliarità e quasi il 76% eroga servizi di trasporto sociale a favore delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza (percentuale che si riduce al 56% per gli anziani non autosufficienti).

Gli interventi relativi ai centri servizi, centri diurni e centri semi-residenziali, nonché alle strutture comunitarie e residenziali sono prevalentemente garantiti in forma indiretta, mediante l'erogazione ai cittadini in condizione di disabilità o anziani non autosufficienti di voucher o di integrazioni alle rette.

Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 28 marzo 2025, n. 44 sono stati introdotte nuovi moduli di approfondimento delle caratteristiche di dettaglio dei singoli LEPS, introdotti con la l. n. 234/2021:

- pronto intervento sociale, supervisione del personale dei servizi sociali, servizi sociali per le dimissioni protette;
- prevenzione dell'allontanamento familiare;
- servizi per la residenza fittizia, progetti per il Dopo di noi e la vita indipendente.

Attualmente è in corso un'attività di analisi delle informazioni rilevate e i primi risultati dell'indagine hanno evidenziato situazioni di compilazioni incomplete o errate da parte del livello territoriale. Ciò ha reso necessario un'attività, tuttora in corso, di contatto diretto con gli ATS, per una sistematizzazione delle informazioni raccolte.

9.4 Modalità di condivisione delle banche dati

Al fine di dare attuazione al principio della programmazione integrata dei servizi, degli interventi e delle prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali rivolte alla persona anziana non autosufficiente, il legislatore ha previsto, all'articolo 28, comma 5, del d.lgs. n. 29/2024, l'emanazione di un apposito provvedimento, volto a disciplinare le modalità di condivisione delle banche dati alimentate da elementi o risultanze, che, a qualunque titolo, entrano nel procedimento di accertamento e valutazione di base, nonché la raccolta dei dati, delle comunicazioni e delle informazioni relative alla conclusione del procedimento stesso, nonché le modalità di raccolta dei dati per la predisposizione di una apposita relazione annuale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e del Ministero della salute, da trasmettere al CIPA. Al riguardo, è stato costiuito un apposito Tavolo Tecnico, composto dai rappresentanti del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, il Ministero della Salute e l'INPS. I lavori del citato tavolo sono attualmente incentrati nell'individuazione degli elementi essenziali utili a garantire l'interoperabilità tra le diverse banche dati.

9.5 Programmazione

A differenza di quanto previsto per le persone non autosufficienti, per la platea degli anziani non autosufficienti, è prevista l'attuazione dei LEPS, da realizzarsi in modo graduale e progressivo dagli ATS, nelle aree individuate dall'articolo 1, comma 162, lettere *a), b) e c*) della legge di bilancio n. 234/2021.

Le regioni, entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Piano, di cui sarà data comunicazione sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, provvedono ad inserire la propria programmazione triennale, nelle apposite schede SIOSS, finalizzandola secondo le modalità previste. La programmazione presentata deve essere coerente con le finalità individuate al capitolo 6, ai paragrafi 6.1,

6.2 e 6.3 ed è sottoposta alla validazione dell'apposita Commissione, che si esprime entro 30 giorni dalla finalizzazione, qualora risulti conforme ai contenuti del Piano.

In merito allo stato di avanzamento della realizzazione degli obiettivi di servizio, si rinvia a quanto già illustrato nel capitolo 6.

Le regioni, ove necessario, nel rispetto dell'attuazione dei LEPS, hanno la facoltà di apportare modifiche alla programmazione triennale trasmessa al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, previo confronto con il medesimo Ministero.

Al riguardo, le regioni sono tenute a garantire una crescita costante nell'attuazione dei LEPS, assicurando un incremento progressivo dei servizi e sulla base delle risorse disponibili e ad essi destinate. È necessario, infatti, che tale dinamica evolutiva sia orientata al consolidamento e all'ampliamento dei servizi già avviati nell'ambito di quanto previsto dal PNNA 2022–2024.

Ciò, al fine di assicurare uno sviluppo strutturato, continuativo e irreversibile, volto alla piena implementazione dei livelli essenziali sull'intero territorio nazionale, attraverso un miglioramento graduale e costante delle prestazioni erogate ai cittadini, finalizzato al completo e stabile conseguimento dei LEPS.

Da ultimo, si fa presente che in relazione alle competenze del Ministero del lavoro e delle politiche sociali per il monitoraggio dell'attuazione delle misure e dell'andamento della relativa spesa, anche in relazione alla progressiva attuazione dei LEPS, con successiva nota verranno fornite, in maniera condivisa con Regioni e ANCI, ulteriori indicazioni sui margini di flessibilità in fase di rendicontazione rispetto agli obiettivi di programmazione.

9.6 Monitoraggio

Un sistema di monitoraggio in grado di rappresentare in modo puntuale l'attuazione della programmazione ed il raggiungimento degli obiettivi consente, non solo di disporre delle informazioni necessarie alla gestione e alla verifica dell'andamento della progettualità, ma anche di individuare tempestivamente e risolvere eventuali criticità, monitorarne costantemente l'evoluzione e valutare i progressi conseguiti, nonché gli eventuali scostamenti rispetto al piano progettuale di partenza.

In tale prospettiva, una costante implementazione dei sistemi SIOSS e SIUSS consente, attraverso i dati e le informazioni trasmessi dalle regioni e dall'Amministrazione centrale, di verificare l'andamento e la progressiva realizzazione dei processi e dei servizi attivati, contribuendo alla costruzione di basi informative affidabili, a supporto dell'elaborazione e dell'attuazione delle politiche sociali.

9.7 Rendicontazione

La Commissione richiamata al paragrafo 9.4, in conformità alle disposizioni di cui all'articolo 89, del decreto-legge n. 34/2020, convertito con modificazioni dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77, oltre a verificare la coerenza delle programmazioni con le indicazioni del Piano, ha il compito di verificare che l'andamento della spesa risulti coerente con le relative programmazioni. Ai fini, infatti, dell'erogazione delle risorse spettanti, la Commissione verifica, in particolare, che la rendicontazione delle somme spese, relative alla seconda annualità precedente, sia corrispondente ad almeno il 75 per cento del totale, calcolato su base regionale. Le eventuali somme non rendicontate, riferite alla medesima annualità, devono essere comunque dichiarate entro la successiva erogazione.

L'erogazione di ciascuna annualità è registrata nel SIOSS, secondo le modalità indicate nell'Allegato 3 del presente Piano, *Rendicontazione sull'utilizzo delle risorse*. Le regioni si impegnano, altresì, a rilevare, a livello di ATS, a fini del monitoraggio sull'utilizzo delle risorse, il numero e le caratteristiche delle persone assistite nel proprio territorio, al 31 dicembre di ciascun anno, secondo il modello di cui all'Allegato 4 del presente Piano, *Beneficiari degli interventi*. Tali informazioni sono rese disponibili entro il 31 maggio dell'anno successivo, secondo le modalità di cui al citato articolo 6, comma 5, del decreto 22 agosto 2019.

Capitolo 10 – Risorse finanziarie

10.1 Ambiti di intervento rispetto alle risorse

Nei capitoli precedenti sono stati illustrati i tratti distintivi che caratterizzano il *Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana 2025-2027*, che si colloca nell'ambito dell'attuazione delle riforme in favore delle persone anziane non autosufficienti.

Ai destinatari del presente Piano, in coerenza con quanto già previsto dal PNNA 2022–2024, è garantita l'erogazione di servizi e degli interventi connessi all'attuazione dei LEPS.

Tali obiettivi, specifici per i destinatari del Piano, sono perseguiti, in quanto LEPS, attraverso servizi di assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, servizi di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e per le loro famiglie, mediante l'accesso a centri diurni e semiresidenziali, nonché l'attivazione di un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in caso di ferie, malattia o maternità. Il Piano promuove anche la collaborazione con le risorse di prossimità, il volontariato e la solidarietà intergenerazionale.

È, altresì, prevista l'attivazione di servizi sociali di supporto – che costituiscono LEPS – volti a favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro, con il contributo operativo dei centri per l'impiego – o di altri operatori che siano ugualmente riconosciuti o accreditati da parte dei sistemi regionali – presenti sul territorio, nonché un'assistenza dedicata alla risoluzione di esigenze di carattere amministrativo e legale, in linea con quanto previsto dall'articolo 1, comma 162, lettere *a)*, *b)* e *c)* della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

La logica di intervento sottesa al presente documento è quella dell'integrazione tra diversi ambiti e strumenti di intervento, mirando ad un potenziamento complessivo dell'offerta di servizi, da ottenere sia organizzando servizi specifici con personale qualificato, sia valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli ETS, mantenendo comunque la centralità della persona anziana non autosufficiente richiedente e con il coinvolgimento della famiglia, coinvolta e supportata.

Conseguentemente, al fine di dare attuazione a quanto descritto, ai sensi del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 31 dicembre 2024, concernente la *Ripartizione in capitoli delle Unità di voto parlamentare relative al bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e per il triennio 2025 – 2027*, ed, in particolare, la Tabella 4, riguardante il bilancio di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali che ha assegnato al capitolo di spesa 3538 "Fondo per le non autosufficienze" (FNA), le risorse complessivamente afferenti al FNA nel triennio 2025-2027 sono pari ad euro 982.255.000,00 per l'anno 2025, 934.570.000,00 per il 2026 e 1.108.470.000,00 per il 2027. Al riguardo, giova segnalare che, ai sensi della legge 30 dicembre 2025, n. 199, le risorse relative all'annualità 2025 risultano iscritte in conto residui per un importo pari a euro **982.255.000**. Per l'anno 2026, le risorse ammontano a euro **943.577.893**, anche a seguito

della variazione in aumento disposta, nell'esercizio in corso, con DMT n. 98041. Le risorse riferite all'annualità 2027 sono invece pari a euro **1.108.470.000**. Al fine di fornire una rappresentazione aggiornata della dotazione finanziaria iscritta sul pertinente capitolo di bilancio, appare inoltre opportuno richiamare i riferimenti normativi recati dalla citata legge n. 199/2025, attualmente vigente, nonché dal decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 30 dicembre 2025, concernente la ripartizione in capitoli delle unità di voto parlamentare.

Come successivamente rappresentato, il FNA finanzia sia gli interventi previsti per la platea oggetto dal presente Piano che quelli oggetto del PNNA 25-27.

Gli interventi previsti dal presente Piano, in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, sono condizionati all'ISEE, secondo quanto previsto dalla programmazione regionale.

10.1.1 I servizi socioassistenziali nelle aree individuate dall'articolo 1, comma 162, lettere *a*), *b*) e *c*), della legge n. 234/2021.

Con riferimento alle risorse destinate alla realizzazione degli interventi connessi all'attuazione dei LEPS, si rappresenta che il legislatore, all'articolo 1, comma 168 della legge di bilancio 30 dicembre 2021, n. 234, ha previsto che, per le finalità di cui ai commi 162, lett. *a), b)* e *c),* e 163 del medesimo articolo, il Fondo per le non autosufficienze (FNA) sia integrato: per un importo pari ad euro 100 milioni, per l'anno 2022; ad euro 200 milioni, per l'anno 2023; ad euro 250 milioni per l'anno 2024; ad euro 300 milioni, a decorrere dall'anno 2025.

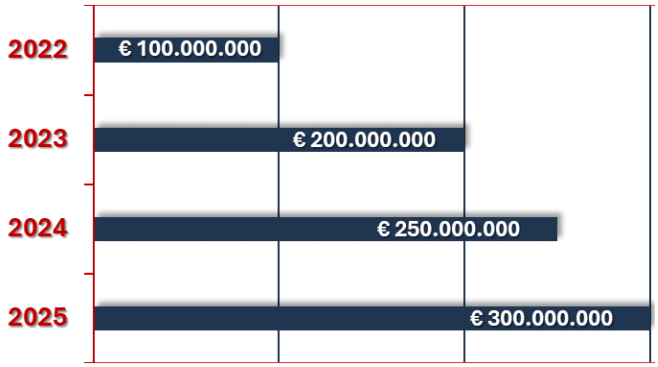


Figura 20, Integrazione FNA

Per ciascuna annualità del triennio 2025-2027, l'importo di 300 milioni di euro del FNA è, dunque, specificamente destinato alla platea delle persone anziane non autosufficienti per l'erogazione dei servizi socio assistenziali nelle aree individuate alle lettere *a), b)* e *c)* del citato articolo 1, comma 162, della legge n. 234/2021. Al riguardo, si evidenzia che una quota pari a 50 milioni di euro, a valere sui complessivi 300 milioni previsti, sono altresì destinati agli interventi di cui all'articolo 1, comma 163, della medesima legge, finalizzati alle assunzioni di personale a tempo indetermianto, presso i PUA, in continuità con quanto già previsto nel PNNA 2022-2024 per il finanziamento delle assunzioni.

Pertanto, elemento centrale del presente Piano, da considerarsi ambito di intervento di particolare rilevanza, riguarda l'attuazione dei LEPS, da realizzare prioritariamente nelle aree dell'assistenza domiciliare, accesso

ai servizi di sollievo e supporto alla funzione di cura (articolo 1, comma 162, lettere *a), b) e c)* della legge 30 dicembre 2021, n. 234).

Nello specifico, tali servizi sono destinati all'erogazione di:

a **servizi di assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari**, rivolti a persone anziane non autosufficienti o con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che necessitano di supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana, caratterizzati dalla prevalenza di interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo, anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria. Rientrano, altresì, in tale ambito le soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, realizzate mediante nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, il rafforzamento delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, nonché gli adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona, attraverso soluzioni domotiche e tecnologiche, idonee a favorire la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, inclusi i servizi di telesoccorso e teleassistenza. Nell'ambito di tali servizi è compreso anche il servizio di accompagnamento extra domiciliare di cui al paragrafo 6.2.

b **servizi sociali di sollievo**, a favore delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie, quali il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; i servizi di sostituzione temporanea degli assistenti familiari, in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie, valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli ETS, anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata, ai sensi del Codice del Terzo settore, nonché sulla base delle esperienze locali di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato. Nell'ambito di tali servizi vi può rientrare anche la frequenza di strutture o centri a carattere diurno come previsto al paragrafo 6.5.

c **servizi sociali di supporto**, per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari (*cfr. Linee guida nazionali per la definizione degli standard formativi degli assistenti familiari*, di cui all'articolo 38, del d.lgs. n. 29/2024), in collaborazione con i Centri per l'impiego o di altri operatori che siano ugualmente riconosciuti o accreditati da parte dei sistemi regionali, nonché i servizi di assistenza gestionale, legale e amministrativa, per l'espletamento degli adempimenti connessi all'assistenza domiciliare. In particolare, al fine di supportare maggiormente le famiglie delle persone non autosufficienti, le regioni possono favorire l'attivazione di servizi a supporto al disbrigo di pratiche amministrative (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, i servizi di gestione del rapporto di lavoro con l'assistente familiare).

In tale contesto, si inserisce il concetto di *coaching*, quale strumento di supporto qualificato, volto a rafforzare la relazione di cura e ad affiancare il *caregiver* nella gestione degli aspetti organizzativi e delle pratiche di natura burocratica e amministrativa.

Rivolto ai *caregiver* di anziani non autosufficienti, il *coaching* è finalizzato al miglioramento della relazione di cura e alla prevenzione dello stress psicofisico, attraverso percorsi individuali o di gruppo volti a sviluppare competenze emotive, organizzative e comunicative. Esso assume inoltre rilievo sul piano normativo e amministrativo, supportando il caregiver nell'orientamento tra le disposizioni vigenti, nella gestione delle pratiche burocratiche e nell'esercizio dei diritti e delle misure di sostegno previste dall'ordinamento.

Figura 21, Il coaching

Nell'ambito di tali servizi, al fine di garantire la progressiva costruzione e la piena attuazione dei servizi afferenti ai LEPS, l'accesso agli interventi è subordinato alla presa in carico della persona anziana non autosufficiente, mediante la definizione di un PAI, definito ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge n. 234/2021 e predisposto in coerenza con quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 e dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, quale strumento fondamentale di programmazione, coordinamento e integrazione degli interventi, di cui all'articolo 1, al comma 162, lettere *a) b)* e *c).*

Il PAI è finalizzato ad assicurare risposte differenziate, appropriate e proporzionate in relazione agli specifici bisogni della persona assistita e al miglioramento della qualità della vita della medesima, tenendo conto delle caratteristiche personali, delle competenze e delle risorse disponibili, nonché delle esigenze di sostegno del nucleo familiare. Esso costituisce la fase di elaborazione delle soluzioni assistenziali più idonee, sulla base degli esiti della VMU, e ricomprende l'insieme degli interventi e delle prestazioni destinati alla persona anziana non autosufficiente e al relativo nucleo familiare.

In tale prospettiva, al fine di valutare i bisogni delle persone e di definire il PAI, le regioni individuano e sviluppano modelli e assetti organizzativi idonei a garantire risposte efficaci, appropriate ed omogenee sul territorio, promuovendo progressivamente servizi di supporto coerenti con i LEPS. Le regioni assicurano, altresì, un'adeguata formazione del personale coinvolto, in conformità a quanto previsto dal citato articolo 38, del d.lgs. n. 29/2024, al fine di garantire elevati *standard* di qualità, continuità e appropriatezza degli interventi.

Al riguardo, è di tutta evidenza che i modelli e gli assetti organizzativi individuati dalle regioni per le attività di selezione, orientamento e presa in carico dei bisogni della persona anziana non autosufficiente sono da collegarsi, sotto il profilo funzionale, ai PUA, con la finalità di garantire l'unitarietà del percorso di presa in carico e di assicurare un'effettiva integrazione tra servizi, interventi e prestazioni sociali e sociosanitarie previsti dal PAI. In tale prospettiva, debbono essere considerati strumentali e complementari all'attività svolta dai PUA, nella costruzione del PAI, in quanto rientranti nell'ambito delle funzioni in campo ai punti unici di accesso.

Ciò posto, il legislatore ha disciplinato, all'articolo 1, comma 164, della citata l. n. 234/2021, che l'offerta dei servizi di assistenza domiciliare, di cui all'articolo 1, comma 162, della legge n. 234/2021, può essere integrata da contributi per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti, nonché da misure di supporto ai familiari coinvolti nell'assistenza, diversi dall'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980. Tali contributi, inclusi gli assegni di cura, sono erogabili esclusivamente qualora espressamente previsti all'interno del PAI e sono utilizzabili in conformità agli interventi e alle modalità di assistenza ivi individuati.

Al riguardo, si evidenzia che le disposizioni di cui al citato articolo 1, comma 164, della legge n. 234/2021 trovano applicazione esclusivamente con riferimento alla quota indistinta delle risorse, da destinare alle persone con disabilità o alle persone anziane non autosufficienti sulla base delle specifiche indicazioni dell'*équipe* multidisciplinare. Quest'ultima, nella predisposizione del PAI, deve prevedere espressamente il ricorso ad assegni di cura o all'acquisto di servizi o, in alternativa, in integrazione alle prestazioni domiciliari, fermo restando il principio di continuità dei servizi per le persone con disabilità in condizione di non autosufficienza previsto nel PNNA 2025-2027.

Pertanto, qualora dal PAI emerga la necessità della figura dell'assistente familiare, la persona anziana non autosufficiente o il relativo nucleo familiare possono procedere alla libera individuazione dell'assistente, a condizione che il rapporto di lavoro sia regolato da un contratto di lavoro regolare, in conformità a quanto previsto dal comma 162, lettera *c*), e nel rispetto dei contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del d.lgs. n. 81/2015. Gli assistenti familiari impiegati nell'ambito degli interventi di assistenza domiciliare devono essere in possesso di una qualificazione professionale adeguata, in conformità agli *standard* formativi definiti dall'articolo 38 del d.lgs. n. 29/2024.

Nella predisposizione del presente Piano, occorre tener presente che, in continuità con il PNNA 2022-2024, che già aveva introdotto l'attuazione graduale e progressiva dei LEPS, è compito delle regioni e degli ATS costruire servizi utilizzando la quota complessiva pari a 250 milioni di euro annui, ai sensi delle lette *a*), *b*) e *c*) dell'articolo 1, comma 162, della richiamata l. n. 234/2021. Ciò posto, in considerazione del fatto che la costruzione di servizi domiciliari, nonché quelli di supporto e sollievo, è un esercizio di particolare complessità, in accompagnamento alla predisposizione su tutto il territorio nazionale di detti servizi, si è ritenuto opportuno valorizzare la relazione funzionale tra la realizzazione dei servizi, di cui alla lettera *c*) e la lettera *a*), del citato comma 162. Nello specifico, a titolo esemplificativo, nelle modalità di seguito descritte.

Qualora, all'esito della valutazione effettuata dall'*équipe* multiprofessionale e a seguito dell'inserimento nel PAI, sia individuato quale intervento appropriato il soddisfacimento del bisogno assistenziale mediante il ricorso a un assistente familiare, l'assunzione del medesimo, nel rispetto della normativa vigente, può avvenire avvalendosi dei servizi rientranti tra quelli previsti dall'articolo 1, comma 162, lettera *a*), della l. n. 234/2021. Resta ferma, ove espressamente prevista dal PAI, la possibilità di attivare, in alternativa o in integrazione, interventi di assistenza domiciliare sociale ovvero di assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, al fine di garantire una risposta complessiva, appropriata e personalizzata ai bisogni della persona anziana non autosufficiente e del relativo nucleo familiare.

Nel caso in cui il rapporto di lavoro sia già stato costituito con un assistente familiare privo dei requisiti di qualificazione previsti, le amministrazioni competenti assicurano l'attivazione di specifici percorsi formativi, finalizzati all'acquisizione delle competenze professionali e dei titoli formativi richiesti, ferma restando la continuità del rapporto di lavoro in essere. L'attivazione dei percorsi formativi è finalizzata, da un lato, a garantire un progressivo innalzamento della qualità delle prestazioni assistenziali rese alla persona anziana non autosufficiente e al relativo nucleo familiare e, dall'altro, a promuovere la crescita professionale e occupazionale dell'assistente familiare, attraverso il rafforzamento delle competenze acquisite nello svolgimento delle attività di cura. In una prospettiva di interesse generale, dunque, le misure di qualificazione e formazione professionale concorrono al consolidamento di un'offerta di lavoro strutturata e qualificata nel settore dell'assistenza domiciliare, contribuendo al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e della

sostenibilità del sistema dei servizi. L'impiego delle risorse pubbliche destinate alla formazione (che non coincidono con le risorse previste dal presente Piano, bensì con quelle di cui le regioni dispongono nell'ambito della propria autonomia per promuovere politiche di formazione) e alla qualificazione professionale risponde pertanto a criteri di massimizzazione dell'impatto e dell'utilità sociale, in coerenza con gli obiettivi dei LEPS e con le finalità di rafforzamento del mercato del lavoro di riferimento.

Nel contesto appena delineato, il sistema dei servizi assicura:

- la costruzione di servizi di regolamentazione e di supporto all'incontro tra domanda e offerta di lavoro degli assistenti familiari, ai sensi del citato comma 162, lettera c), anche mediante il coinvolgimento dei Centri per l'impiego o di altri operatori che siano ugualmente riconosciuti o accreditati da parte dei sistemi regionali;
- l'attivazione di servizi di supporto amministrativo, gestionale e legale a favore delle famiglie, finalizzati alla gestione del rapporto di lavoro con l'assistente familiare e all'espletamento degli adempimenti connessi all'assistenza domiciliare.

L'assunzione dell'assistente familiare, inserita nel contesto del combinato disposto tra lettera *c*) e lettera *a*), può essere riconosciuta, quale servizio domiciliare, ai sensi della lettera *a*), del richiamato articolo 1, comma 162, l. n. 234/2021, qualora sia subordinato alla dimostrazione dell'esistenza di un rapporto di lavoro regolarmente costituito, senza escludere anche la possibilità di un supporto nello svolgimento delle pratiche amministrative relative alla gestione del contratto e correlato in prospettiva ad un adeguato intervento di formazione dell'assistente familiare stesso, qualora ne sia privo.

In tale ottica, nell'ambito del sistema di regolamentazione dell'incontro tra domanda e offerta di lavoro, di cui all'articolo 1, comma 162, lettera *c*), l. n. 324/2021, quale servizio di supporto alle famiglie, le regioni, nell'esercizio delle proprie competenze e nel rispetto delle esigenze e delle specificità dei contesti territoriali, possono istituire e organizzare servizi dedicati, ivi inclusa l'istituzione di un registro degli assistenti familiari qualificati, in conformità agli standard formativi definiti dal citato articolo 38, comma 3 del d.lgs. n. 29/2024.

L'evoluzione del sistema secondo le modalità attualmente delineate, se da un lato contribuisce alla concreta costruzione dei LEPS nell'ambito dell'assistenza sociale alle persone anziane non autosufficienti, dall'altro valorizza la regolamentazione dei rapporti contrattuali, incentivando l'emersione del lavoro nero o irregolare. In questa prospettiva, essa mira a realizzare una politica efficace del mercato del lavoro e di tutela sociale, a beneficio sia del lavoratore sia del datore di lavoro.

Il PAI può, altresì, prevedere, in alternativa o in integrazione all'assunzione dell'assistente familiare, l'utilizzo di *voucher* dedicati, quali strumenti di sostegno economico finalizzati, da un lato, al rimborso delle spese sostenute per la costituzione e la gestione di un rapporto di lavoro regolare con l'assistente familiare, in conformità alla normativa vigente e, dall'altro, all'acquisto di servizi di assistenza domiciliare erogati da

soggetti qualificati, selezionati mediante sistemi di accreditamento, procedure di evidenza pubblica o altre modalità previste dalla normativa regionale, per i medesimi servizi individuati nell'ambito della Prestazione Universale, di cui al capitolo 7 del presente documento.

Con riferimento a tali servizi, si prenda a riferimento l'allegato di cui al decreto 21 febbraio 2025, recante *l'istituzione di una prestazione universale finalizzata al progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti*, nel quale sono individuati i servizi ammissibili, le relative tipologie di intervento e i criteri di utilizzo delle risorse, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 1, comma 164, della legge n. 234 del 2021.

Al riguardo, si fa presente che, nell'ambito della predisposizione del PAI, può essere rappresentata alla persona presa in carico, qualora in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, la possibilità di accesso ai servizi garantiti dalla PU, che può implementare i servizi socioassistenziali già forniti, che non abbiano natura di erogazione monetaria.

10.1.2 Criteri di qualificazione della programmazione regionale ai fini dell'attuazione dei LEPS

Nel quadro appena delineato, appare necessario precisare il rapporto intercorrente tra quanto disposto dall'articolo 1, comma 162, lettere *a*), *b*) e *c*), e il comma 164 della legge n. 234/2021, con particolare riferimento alla qualificazione della programmazione regionale e all'utilizzo delle risorse da parte degli ATS.

In primo luogo, si evidenzia che non sono previste soglie quantitative rigide o percentuali vincolanti di riparto tra le tre aree di intervento di cui al richiamato comma 162 (assistenza domiciliare; servizi di sollievo; servizi di supporto e regolazione dell'incontro tra domanda e offerta di lavoro). Tuttavia, l'assenza di soglie predeterminate non esonera le regioni dalla futura obbligatorietà di garantire un'attuazione effettiva, integrata e qualificata di tutte le componenti di cui alle aree richiamate dalle lettere *a*), *b*) e *c*) del comma 162, nella misura quali quantitativa rimessa alla propria valutazione, in considerazione delle esigenze specifiche del proprio territorio.

La qualificazione delle previsioni disposte dall'articolo 1, comma 162, l. n. 234/2021 deve, pertanto, intendersi non in senso meramente formale, bensì sostanziale: le programmazioni regionali dovranno assicurare che le tre aree risultino concretamente presidiate e attivate, in coerenza con i bisogni rilevati mediante VMU e formalizzati nel PAI. Non è, dunque, ammissibile una esclusione strutturale o una sistematica inattivazione di una delle tre aree di intervento.

La gestione finanziaria tra le lettere *a*), *b*) e *c*) è rimessa all'autonomia programmatoria regionale, nel rispetto delle specificità territoriali e dei fabbisogni emergenti. Qualora, in sede attuativa, si registri una distribuzione non omogenea delle risorse o una prevalenza significativa di un ambito di intervento sugli altri, dovrà esserne

fornita adeguata evidenza motivazionale nell'ambito degli strumenti di programmazione e rendicontazione, al fine di dimostrare la coerenza con gli obiettivi dei LEPS e con l'impianto normativo di riferimento.

Con riguardo al rapporto tra le discipline di cui all'articolo 1, comma 162 e comma 164, si precisa che i contributi economici previsti da quest'ultimo (assegni di cura, *voucher*, misure di sostegno alla domiciliarità e all'autonomia personale) non configurano un canale di intervento autonomo e alternativo rispetto ai servizi, bensì strumenti integrativi e funzionali all'attuazione delle aree individuate dal comma 162. Le risorse attivate ai sensi del comma 164 devono pertanto essere ricondotte, sotto il profilo programmatorio e rendicontativo, agli obiettivi e agli interventi di cui al comma 162, nello specifico alle lettere *a*) e *c*), in quanto finalizzate ad alimentarne e rafforzarne l'effettiva implementazione. Tuttavia, è bene chiarire che gli interventi di cui all'articolo 1, comma 164, si configurano quali obiettivi di servizio e non LEPS.

10.2 Risorse

Per ciò che attiene alle risorse, occorre evidenziare, come già rappresentato, che il *Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana*, previsto dall'articolo 2, comma 3, della legge delega n. 33/2023, sostituisce, una volta adottato, il *Piano nazionale per la non autosufficienza*, per ciò che attiene alla platea delle persone anziane. Tuttavia, una parte delle risorse del FNA è destinata in maniera indistinta al presente Piano e al PNNA 2025-2027. Gli strumenti di programmazione sono, dunque, entrambi finanziati dal medesimo Fondo, la cui gestione è attribuita al Ministero del lavoro e delle politiche sociali (articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296).

Ai fini del riparto alle regioni, è necessario scorporare dalle risorse disponibili, come già avvenuto nel precedente Piano, quelle espressamente destinate alle assunzioni del personale con professionalità sociale finalizzata al rafforzamento dei PUA, nonché le risorse destinate all'attuazione dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti.

Un aspetto di particolare rilevanza attiene alla individuazione dei nuovi criteri di riparto delle risorse del Fondo per il triennio 2025-2027. Infatti, a seguito di approfondimenti di natura tecnica è emersa la necessità di superare i criteri di riparto precedentemente adottati, individuando nuovi criteri più direttamente riconducibili ai destinatari del Piano.

I nuovi criteri di riparto, dunque, sono stati definiti a seguito di un prolungato e costruttivo confronto con le regioni e con il Dipartimento per la disabilità, che ha permesso di valorizzare le specificità territoriali e condividere gli indirizzi per una ripartizione più equa e coerente con i bisogni reali dei territori. Le regioni hanno quindi concordato la formulazione dei nuovi criteri di riparto del FNA, nelle modalità di seguito illustrate:

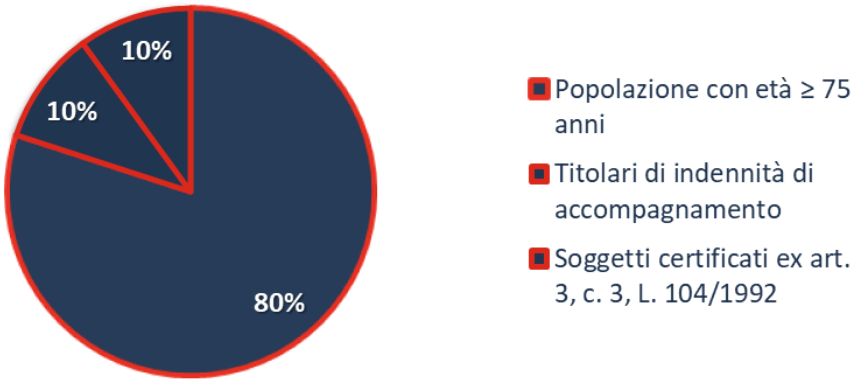


Figura 22, Criteri riparto FNA

Si fa presente che i criteri indicati trovano applicazione esclusivamente per il riparto della quota indistinta (*cfr*. Tabella 1), in quanto, in virtù delle più recenti disposizioni legislative, una parte delle risorse del Fondo è soggetta a vincolo di destinazione, come meglio precisato nel paragrafo successivo.

10.3 Il riparto delle risorse

Come già rappresentato, il FNA finanzia, sia gli interventi previsti dal presente Piano, che quelli oggetto del *Piano nazionale per la non autosufficienza*.

Pertanto, le risorse del Fondo sono così distinte:

- **una quota "indistinta"** destinata a finanziare interventi rivolti sia alla platea delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza che alle persone anziane non autosufficienti;
- **una quota riservata all'attuazione dei LEPS**, in favore delle persone anziane, anche non autosufficienti (che tiene conto anche degli interventi per il rafforzamento dei PUA).

Nello specifico, ai fini dell'assegnazione della quota di riparto del FNA relativa alle risorse disponibili sopra indicate, per ciascun esercizio finanziario le quote del Fondo sono pari a:

- **14.640.000 di euro**, destinati alla realizzazione dei progetti di vita indipendente;
- **250.000.000 di euro**, destinati alla platea delle persone anziane non autosufficienti, volti alla realizzazione degli interventi dei LEPS, secondo le modalità stabilite dal presente Piano;

- **50.000.000 di euro** destinati alle assunzioni del personale con professionalità sociale finalizzate all'implementazione dei PUA. Tale intervento, è considerato "a regime", in quanto le risorse dedicate devono essere garantite per l'intero periodo di vigenza delle assunzioni.

Figura 23, Destinazione delle risorse

La quota "indistinta" già richiamata in precedenza, invece, è pari ad euro **605.115.000** per il 2025, ad euro **619.930.000** per l'anno 2026 e a **793.830.000** euro per l'anno 2027, ed è ripartita ed assegnata alle regioni secondo i nuovi criteri sopra illustrati.

Figura 24, Quota indistinta

Al riguardo, per il triennio 2025-2027, in considerazione dei tempi tecnici dovuti all'adozione del presente Piano e dell'attuazione delle due riforme in materia di disabilità ai sensi del d.lgs. n. 62/2024 e per le politiche in favore delle persone anziane ai sensi della legge n. 33/2023, la quota indistinta sarà programmata da ciascuna regione in funzione delle specificità del proprio contesto territoriale, tenendo conto delle esigenze delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza e delle persone anziane non autosufficienti. Nell'utilizzare la quota indistinta per l'erogazione di contributi alle persone anziane non autosufficienti oltre i LEPS, ciascuna regione avrà cura di salvaguardare il valore assoluto delle risorse da garantire alle persone con disabilità in base all'annualità 2024.

Per quanto concerne la platea delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza, l'individuazione delle risorse viene definita in base alle esigenze di detta platea e secondo le indicazioni che sono definite nel PNNA 2025-2027 (*cfr*. capiotlo 9 di detto documento).

L'introduzione dei nuovi criteri di riparto ha comportato, per alcune regioni, una riduzione delle risorse assegnate rispetto alla quota trasferita per l'anno 2024, con l'effetto di non poter garantire la continuità dei servizi. Pertanto, si è ritenuto necessario mantenere un livello di risorse equivalente, al fine di assicurare la continuità assistenziale dei soggetti beneficiari.

A tal fine, si è fatto ricorso alle previsioni di cui all'articolo 1, comma 235, della legge n. 207 del 2024, le quali prevedono che fino all'adozione degli interventi legislativi ivi previsti, sono destinate alle medesime finalità

del FNA, per l'erogazione dei servizi socioassistenziali nelle aree, di cui all'articolo 1, comma 162, lettere *a*), *b*) e *c*), della legge n. 234/2021.

Per l'annualità 2025, una quota parte delle suddette risorse, pari ad euro **15.686.593**, è stata attribuita a titolo di "compensazione" (*cfr*. Tabella 2) a quelle regioni che, in seguito all'applicazione dei nuovi criteri di riparto, risultavano destinatarie di un importo inferiore rispetto a quello assegnato nell'anno 2024. Ciò, in considerazione degli interventi assistenziali già previsti e presenti sul territorio di riferimento indicati alla Tabella 2 (Riparto 2024). Le restanti risorse (*cfr*. Tabella 3) di cui al medesimo articolo 1, comma 235, della legge n. 207/2024, sono ripartite tra le regioni sulla base dei criteri individuati nel PNNA 2025-2027, i quali sono riportati nel presente Piano, in quanto destinate alla platea delle persone anziane non autosufficienti per gli interventi di cui al citato articolo 1, comma 162, lettere *a), b) e c)*, l. n. 234/2021.

Pertanto, nello schema di riparto è stata individuata una quota aggiuntiva di risorse riservata alle regioni che, in applicazione dei nuovi criteri, non raggiungevano un livello di provvista analogo a quello garantito per l'annualità 2024. Le ulteriori risorse disponibili pari ad euro **46.813.407,00** (*cfr*. Tabella 3), ai sensi dell'articolo sopra richiamato saranno destinate alla platea degli anziani non autosufficienti sulla base dei criteri individuati per la realizzazione degli interventi dei LEPS (*cfr*. Tabella 4).

Per l'esercizio finanziario 2026 si procederà secondo le medesime modalità, assegnando — nelle more dell'attuazione degli interventi legislativi di cui all'articolo 1, comma 235, della legge n. 207 del 2024 — una somma pari ad euro **9.007.893**, per garantire l'allineamento. Pertanto, le risorse pari a **250 milioni di euro** annui, destinate all'attuazione dei LEPS, sono ripartite alle regioni sulla base dei seguenti criteri:

- il 70% delle risorse disponibili è attribuito sulla base della popolazione anziana residente di età pari o superiore a 70 anni;
- il 30% delle risorse è attribuito in ragione dei soggetti di età pari o superiore a 70 anni che siano titolari di indennità di accompagnamento.

Si evidenzia che la restante provvista utile all'attuazione della citata disposizione normativa non sarà intaccata, nell'auspicio che il relativo intervento legislativo possa essere varato e le risorse destinate alle finalità già individuate dal legislatore.

Per il 2027, considerato il significativo incremento del Fondo, non è necessario prevedere alcuna integrazione in sede di riparto. Tuttavia, per l'annualità 2027, giova segnalare che nell'ambito della concreta applicazione degli interventi dei LEPS, l'articolo 1, comma 699, della legge 30 dicembre 2025, n. 199, introduce un Sistema di garanzia dei LEPS, volto a garantire, ai sensi del comma 700 del medesimo articolo, in via progressiva, il

livello di spesa di riferimento e l'effettiva erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 1, comma 162, della legge n. 234/2021. Il medesimo comma individua, alla lettera *c*), tra i livelli essenziali delle prestazioni, un livello minimo di assistenza domiciliare, pari ad almeno un'ora settimanale di intervento da parte dei servizi socio-assistenziali, in favore delle persone non autosufficienti, da modulare in funzione della consistenza della platea dei beneficiari, nel rispetto delle risorse disponibili a legislazione vigente nei bilanci degli enti competenti.

Tutto ciò rappresentato, si riportano di seguito le schede sintetiche, riferite alle annualità 2025-2027, volte a riepilogare la dotazione finanziaria complessiva, afferente alle risorse destinate alla realizzazione degli interventi connessi all'attuazione dei LEPS:

Dotazione finanziaria – annualità 2025

Fonte di finanziamento	Ammontare delle risorse	Finalità
Articolo 1, comma 168, della legge n. 234/2021	250.000.000,00	risorse destinate all'erogazione dei servizi socio-assistenziali nelle aree di cui all'articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c) e al comma 163.
	50.000.000,00	risorse destinate al rafforzamento dei PUA, di cui all'art. 1, comma 163, legge n. 234/2021
Articolo 1, comma 235, della legge n. 207/2024	46.813.407,00	risorse destinate all'erogazione dei servizi socio-assistenziali nelle aree di cui all'articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c)
	15.686.593,00	risorse trasferite a titolo di compensazione per la continuità degli interventi, destinate all'erogazione dei servizi socio-assistenziali nelle aree di cui all'articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c)
Articolo 2, comma 3, del dPCM di adozione del PNNA 2025-2027	605.115.000	Importo quota indistinta da destinare alla platea delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza e alle persone anziane non autosufficienti
Ammontare complessivo delle risorse, ripartita alle regioni	**967.615.000,00**	

Dotazione finanziaria – annualità 2026

Fonte di finanziamento	Ammontare delle risorse	Finalità
Articolo 1, comma 168, della legge n. 234/2021	250.000.000,00	risorse destinate all'erogazione dei servizi socio-assistenziali nelle aree di cui all'articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c) e al comma 163.
	50.000.000,00	risorse destinate al rafforzamento dei PUA, di cui all'art. 1, comma 163, legge n. 234/2021
Articolo 1, comma 235, della legge n. 207/2024	9.007.893,00	risorse trasferite a titolo di compensazione per la continuità degli interventi, destinate all'erogazione dei servizi socio-assistenziali nelle aree di cui all'articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c)
Articolo 2, comma 3, del dPCM di adozione del PNNA 2025-2027	619.930.000,00	Importo quota indistinta da destinare alla platea delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza e alle persone anziane non autosufficienti
Ammontare complessivo delle risorse, ripartita alle regioni	928.937.893,00	

Dotazione finanziaria – annualità 2027

Fonte di finanziamento	Ammontare delle risorse	Finalità
Articolo 1, comma 168, della legge n. 234/2021	250.000.000,00	risorse destinate all'erogazione dei servizi socio-assistenziali nelle aree di cui all'articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c) e al comma 163.
	50.000.000,00	risorse destinate al rafforzamento dei PUA, di cui all'art. 1, comma 163, legge n. 234/2021
Articolo 2, comma 3, del dPCM di adozione del PNNA 2025-2027	793.830.000,00	Importo quota indistinta da destinare alla platea delle persone con disabilità in condizione di non autosufficienza e alle persone anziane non autosufficienti
Ammontare complessivo delle risorse, ripartita alle regioni	1.093.830.000,00	

Le novità introdotte dalla legge di bilancio

La legge 30 dicembre 2025, n. 199, recante Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028, introduce, all'articolo 1, comma 699, un Sistema di garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni nel settore sociale volto a garantire, ai sensi del comma 700 del medesimo articolo, in via progressiva, il livello di spesa di riferimento e l'effettiva erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 1, comma 162, della legge n. 234/2021. Il medesimo comma individua, alla lett. c), tra i livelli essenziali delle prestazioni, un livello minimo di assistenza domiciliare pari ad almeno un'ora settimanale di intervento da parte dei servizi socio-assistenziali, in favore delle persone non autosufficienti, da modulare in funzione della consistenza della platea dei beneficiari, nel rispetto delle risorse disponibili a legislazione vigente nei bilanci degli enti competenti.

Si riportano di seguito le tabelle di riparto delle risorse:

Tabella 1 - Quota indistinta per il triennio 2025-2027

Regioni	Popolazione residente (75+)	Indennità accompagnamento	Art. 3, comma 3, della legge 104/1992	Importo quota indistinta*		
				2025	2026	2027
	%	%	%	€	€	€
ABRUZZO	2,2742	2,2687	1,8342	13.491.947	13.822.269	17.699.631
BASILICATA	0,9147	1,0604	0,9244	5.629.022	5.766.837	7.384.524
CALABRIA	2,9329	5,1450	3,2857	19.299.477	19.771.985	25.318.335
CAMPANIA	7,5906	12,0650	8,801	49.371.817	50.580.585	64.769.225
EMILIA-ROMAGNA	8,0303	5,5815	7,4208	46.741.927	47.886.307	61.319.160
FRIULI-VENEZIA GIULIA	2,4191	1,6683	2,0465	13.958.551	14.300.297	18.311.753
LAZIO	9,4066	11,5244	12,6604	60.171.183	61.644.351	78.936.550
LIGURIA	3,3013	2,2317	2,4876	18.837.048	19.298.235	24.711.690
LOMBARDIA	17,0473	13,5557	16,5309	100.730.468	103.196.647	132.144.911
MARCHE	2,8112	2,7447	2,6305	16.861.408	17.274.226	22.119.914
MOLISE	0,5351	0,5424	0,4606	3.197.307	3.275.586	4.194.439
PIEMONTE	8,2414	5,1753	6,2354	46.800.744	47.946.564	61.396.320
PUGLIA	6,5305	9,9432	7,5959	42.226.801	43.260.637	55.395.918
SARDEGNA	2,8795	3,8044	3,8832	18.591.311	19.046.481	24.389.315
SICILIA	7,4727	8,9671	7,984	46.432.108	47.568.903	60.912.719
TOSCANA	7,1869	4,9489	4,8777	40.737.431	41.734.804	53.442.065
UMBRIA	1,7029	2,2742	2,4014	11.072.878	11.343.975	14.526.136
VALLE D'AOSTA	0,2206	0,1463	0,1324	1.236.553	1.266.827	1.622.192
VENETO	8,5022	6,3528	7,8074	49.727.019	50.944.484	65.235.203
TOTALE	**100,0000**	**100,0000**	**100,0000**	**605.115.000**	**619.930.000**	**793.830.000**

*80% POPOLAZIONE OVER 75 (FONTE ISTAT), 10% INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO (FONTE INPS), 10% ARTICOLO 3, COMMA 3, LEGGE 104/1992 (FONTE INPS)

Tabella 2 - Risorse trasferite a titolo di compensazione per la continuità degli interventi*			
Regioni	**Riparto 2024**	**Minori importi rispetto al finanziamento 2024**	
		2025	2026
	€	€	€
ABRUZZO	20.120.000	903.028	572.706
BASILICATA	8.914.000	805.428	667.613
CALABRIA	29.035.000	631.848	159.340
CAMPANIA	72.501.000	589.383	0
EMILIA-ROMAGNA	65.794.000	957.198	0
FRIULI-VENEZIA GIULIA	19.866.000	423.524	81.778
LAZIO	77.680.000	0	0
LIGURIA	27.846.000	1.719.402	1.258.215
LOMBARDIA	135.239.000	0	0
MARCHE	23.771.000	0	0
MOLISE	5.518.000	953.468	875.189
PIEMONTE	67.153.000	2.156.131	1.010.311
PUGLIA	56.711.000	0	0
SARDEGNA	24.790.000	0	0
SICILIA	69.530.000	3.378.642	2.241.847
TOSCANA	59.597.000	2.784.794	1.787.421
UMBRIA	14.517.000	0	0
VALLE D'AOSTA	2.122.000	383.747	353.473
VENETO	68.256.000	0	0
TOTALE	**848.960.000**	**15.686.593**	**9.007.893**

* Quota parte delle risorse del Fondo di cui all'articolo 1, comma 235, della legge n. 207 del 2024

Tabella 3 – Ulteriori risorse residue per l'annualità 2025, al netto di quelle ripartite in Tabella 2*			
Regioni	**Popolazione residente (70+)**	**Indennità accompagnamento (70+)**	**Importo quota residua 2025****
	%	%	€
ABRUZZO	2,2976	2,2723	1.072.032,00
BASILICATA	0,9419	1,1083	464.305,00
CALABRIA	3,0538	5,0127	1.704.696,00
CAMPANIA	8,0060	11,3724	4.220.659,00
EMILIA-ROMAGNA	7,8417	5,8292	3.388.331,00
FRIULI-VENEZIA GIULIA	2,3505	1,8274	1.026.885,00
LAZIO	9,4276	11,2581	4.670.457,00
LIGURIA	3,1638	2,3372	1.364.995,00
LOMBARDIA	16,8501	13,8392	7.465.254,00
MARCHE	2,7753	2,9941	1.329.941,00
MOLISE	0,5435	0,5548	256.018,00
PIEMONTE	8,1105	5,3370	3.407.290,00
PUGLIA	6,6434	9,9650	3.576.488,00
SARDEGNA	2,9578	3,5740	1.471.186,00
SICILIA	7,7353	8,2433	3.692.501,00
TOSCANA	6,9709	5,1676	3.010.060,00
UMBRIA	1,6616	2,4781	892.521,00
VALLE D'AOSTA	0,2215	0,1521	93.945,00
VENETO	8,4472	6,6772	3.705.843,00
TOTALE	**100,0000**	**100,0000**	**46.813.407,00**

*Ulteriori risorse disponibili del Fondo di cui all'articolo 1, comma 235, della legge n. 207/2024
**70% popolazione over 70 (fonte ISTAT), 30% indennità di accompagnamento over 70 (fonte INPS)

Tabella 4 – Quota LEPS			
Regioni	**Popolazione residente (70+)**	**Indennità accompagnamento (70+)**	**Importo quota LEPS per ciascun anno del triennio 2025-2027***
	%	%	€
ABRUZZO	2,2976	2,2723	5.725.025
BASILICATA	0,9419	1,1083	2.479.550
CALABRIA	3,0538	5,0127	9.103.675
CAMPANIA	8,0060	11,3724	22.539.800
EMILIA-ROMAGNA	7,8417	5,8292	18.094.875
FRIULI-VENEZIA GIULIA	2,3505	1,8274	5.483.925
LAZIO	9,4276	11,2581	24.941.875
LIGURIA	3,1638	2,3372	7.289.550
LOMBARDIA	16,8501	13,8392	39.867.075
MARCHE	2,7753	2,9941	7.102.350
MOLISE	0,5435	0,5548	1.367.225
PIEMONTE	8,1105	5,3370	18.196.125
PUGLIA	6,6434	9,9650	19.099.700
SARDEGNA	2,9578	3,5740	7.856.650
SICILIA	7,7353	8,2433	19.719.250
TOSCANA	6,9709	5,1676	16.074.775
UMBRIA	1,6616	2,4781	4.766.375
VALLE D'AOSTA	0,2215	0,1521	501.700
VENETO	8,4472	6,6772	19.790.500
TOTALE	**100,0000**	**100,0000**	**250.000.000**

*70% POPOLAZIONE OVER 70 (FONTE ISTAT), 30% INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO OVER 70 (FONTE INPS)

10.3.1 Rafforzamento professionalità sociali nei PUA

I PUA, di cui all'articolo 1, comma 163, della legge n. 234/2021, quali case di tutte le fragilità, rappresentano un elemento centrale per l'attuazione degli interventi e dei servizi a favore delle persone con disabilità e delle persone anziane non autosufficienti.

A tal fine, è indispensabile provvedere ad un significativo rafforzamento di tali strutture, mediante un'implementazione delle professionalità necessarie al raggiungimento dei LEPS.

Relativamente alle figure professionali afferenti all'ambito sociale, in linea a quanto disposto dalla relazione illustrativa della legge di bilancio n. 234/2021, il potenziamento di tali strutture si attua mediante l'inserimento di almeno due unità di personale. Pertanto, ai fini della predisposizione del riparto, a decorrere

dal 2023, in coerenza a quanto previsto dalla richiamata legge di bilancio n. 234/2021, una quota delle risorse del Fondo pari ad euro 50 milioni è accantonata per le finalità di cui sopra. Per quanto concerne il triennio 2025-2027, dunque, per ogni annualità si hanno a disposizione 50 milioni di euro per le assunzioni di professionalità sociali presso per il rafforzamento dei PUA.

Tabella 5 - Unità di personale PUA per regione

Regioni	Unità di personale per ciascun anno del triennio 2025-2027	Importo per ciascun anno del triennio 2025-2027
	n°	€
ABRUZZO	50	2.000.000
BASILICATA	19	760.000
CALABRIA	67	2.680.000
CAMPANIA	128	5.120.000
EMILIA-ROMAGNA	84	3.360.000
FRIULI-VENEZIA GIULIA	38	1.520.000
LAZIO	83	3.320.000
LIGURIA	39	1.560.000
LOMBARDIA	198	7.920.000
MARCHE	49	1.960.000
MOLISE	15	600.000
PIEMONTE	72	2.880.000
PUGLIA	96	3.840.000
SARDEGNA	53	2.120.000
SICILIA	118	4.720.000
TOSCANA	63	2.520.000
UMBRIA	26	1.040.000
VALLE D'AOSTA	2	80.000
VENETO	50	2.000.000
TOTALE	**1.250**	**50.000.000**

Come già precedentemente rappresentato, in considerazione del fatto che per l'implementazione dei PUA sono stanziati 50.000.000 di euro dal 2023, per l'attuazione delle azioni di cui alle lettere *a), b) e c)* dell'articolo 1, comma 162, della legge n. 234/2021, le risorse da considerare sono, invece, pari 250.000.000 di euro.

Al fine di fornire un quadro completo circa l'assegnazione delle risorse da destinare alle regioni, per ciascuna annualità, si riportano di seguito le tabelle riepilogative:

Annualità 2025						
Regioni	Importo quota indistinta	Compensazione	Importo quota LEPS	Quota residua risorse aggiuntive	Importo PUA	TOTALE
	€	€	€	€	€	€
ABRUZZO	13.491.947	903.028	5.725.025	1.072.032	2.000.000	23.192.032
BASILICATA	5.629.022	805.428	2.479.550	464.305	760.000	10.138.305
CALABRIA	19.299.477	631.848	9.103.675	1.704.696	2.680.000	33.419.696
CAMPANIA	49.371.817	589.383	22.539.800	4.220.659	5.120.000	81.841.659
EMILIA-ROMAGNA	46.741.927	957.198	18.094.875	3.388.331	3.360.000	72.542.331
FRIULI-VENEZIA GIULIA	13.958.551	423.524	5.483.925	1.026.885	1.520.000	22.412.885
LAZIO	60.171.183	0	24.941.875	4.670.457	3.320.000	93.103.515
LIGURIA	18.837.048	1.719.402	7.289.550	1.364.995	1.560.000	30.770.995
LOMBARDIA	100.730.468	0	39.867.075	7.465.254	7.920.000	155.982.797
MARCHE	16.861.408	0	7.102.350	1.329.941	1.960.000	27.253.699
MOLISE	3.197.307	953.468	1.367.225	256.018	600.000	6.374.018
PIEMONTE	46.800.744	2.156.131	18.196.125	3.407.290	2.880.000	73.440.290
PUGLIA	42.226.801	0	19.099.700	3.576.488	3.840.000	68.742.989
SARDEGNA	18.591.311	0	7.856.650	1.471.186	2.120.000	30.039.147
SICILIA	46.432.108	3.378.642	19.719.250	3.692.501	4.720.000	77.942.501
TOSCANA	40.737.431	2.784.794	16.074.775	3.010.060	2.520.000	65.127.060
UMBRIA	11.072.878	0	4.766.375	892.521	1.040.000	17.771.774
VALLE D'AOSTA	1.236.553	383.747	501.700	93.945	80.000	2.295.945
VENETO	49.727.019	0	19.790.500	3.705.843	2.000.000	75.223.362
Totale	**605.115.000**	**15.686.593**	**250.000.000**	**46.813.407**	**50.000.000**	**967.615.000**

Annualità 2026					
Regioni	Importo quota indistinta	Compensazione	Importo quota LEPS	Importo PUA	TOTALE
	€	€	€	€	€
ABRUZZO	13.822.269	572.706	5.725.025	2.000.000	22.120.000
BASILICATA	5.766.837	667.613	2.479.550	760.000	9.674.000
CALABRIA	19.771.985	159.340	9.103.675	2.680.000	31.715.000
CAMPANIA	50.580.585	0	22.539.800	5.120.000	78.240.385
EMILIA-ROMAGNA	47.886.307	0	18.094.875	3.360.000	69.341.182
FRIULI-VENEZIA GIULIA	14.300.297	81.778	5.483.925	1.520.000	21.386.000
LAZIO	61.644.351	0	24.941.875	3.320.000	89.906.226
LIGURIA	19.298.235	1.258.215	7.289.550	1.560.000	29.406.000
LOMBARDIA	103.196.647	0	39.867.075	7.920.000	150.983.722
MARCHE	17.274.226	0	7.102.350	1.960.000	26.336.576
MOLISE	3.275.586	875.189	1.367.225	600.000	6.118.000
PIEMONTE	47.946.564	1.010.311	18.196.125	2.880.000	70.033.000
PUGLIA	43.260.637	0	19.099.700	3.840.000	66.200.337
SARDEGNA	19.046.481	0	7.856.650	2.120.000	29.023.131
SICILIA	47.568.903	2.241.847	19.719.250	4.720.000	74.250.000
TOSCANA	41.734.804	1.787.421	16.074.775	2.520.000	62.117.000
UMBRIA	11.343.975	0	4.766.375	1.040.000	17.150.350
VALLE D'AOSTA	1.266.827	353.473	501.700	80.000	2.202.000
VENETO	50.944.484	0	19.790.500	2.000.000	72.734.984
Totale	**619.930.000**	**9.007.893**	**250.000.000**	**50.000.000**	**928.937.893**

Annualità 2027				
Regioni	Importo quota indistinta	Importo quota LEPS	Importo PUA	TOTALE
	€	€	€	€
ABRUZZO	17.699.631	5.725.025	2.000.000	25.424.656
BASILICATA	7.384.524	2.479.550	760.000	10.624.074
CALABRIA	25.318.335	9.103.675	2.680.000	37.102.010
CAMPANIA	64.769.225	22.539.800	5.120.000	92.429.025
EMILIA-ROMAGNA	61.319.160	18.094.875	3.360.000	82.774.035
FRIULI-VENEZIA GIULIA	18.311.753	5.483.925	1.520.000	25.315.678
LAZIO	78.936.550	24.941.875	3.320.000	107.198.425
LIGURIA	24.711.690	7.289.550	1.560.000	33.561.240
LOMBARDIA	132.144.911	39.867.075	7.920.000	179.931.986
MARCHE	22.119.914	7.102.350	1.960.000	31.182.264
MOLISE	4.194.439	1.367.225	600.000	6.161.664
PIEMONTE	61.396.320	18.196.125	2.880.000	82.472.445
PUGLIA	55.395.918	19.099.700	3.840.000	78.335.618
SARDEGNA	24.389.315	7.856.650	2.120.000	34.365.965
SICILIA	60.912.719	19.719.250	4.720.000	85.351.969
TOSCANA	53.442.065	16.074.775	2.520.000	72.036.840
UMBRIA	14.526.136	4.766.375	1.040.000	20.332.511
VALLE D'AOSTA/ VALLÉE D'AOSTE	1.622.192	501.700	80.000	2.203.892
VENETO	65.235.203	19.790.500	2.000.000	87.025.703
Totale	**793.830.000**	**250.000.000**	**50.000.000**	**1.093.830.000**