



Piano Nazionale Fragilità e Non Autosufficienza 2025-2027

Domiciliarità, PUA e PAI al centro del nuovo modello di cura per gli anziani non autosufficienti

LEGGE 33/2023 · TRIENNIO 2025-2027

Contesto e riforma

Un nuovo capitolo per la cura degli anziani non autosufficienti

Il quadro normativo

Con l'approvazione del Piano nazionale per il triennio 2025-2027, l'Italia apre il primo capitolo concreto di attuazione della riforma disegnata dalla **legge 33/2023**, ridisegnando il sistema di protezione per la popolazione anziana.

Chi riguarda

Il Piano si rivolge in via prioritaria agli **anziani non autosufficienti di 70 anni e oltre** e alle loro famiglie, spesso gravate da un carico assistenziale intenso, frammentazione dei servizi e difficoltà burocratiche nell'accesso alle cure.

Le risorse disponibili

Per il triennio 2025-2027 sono stati stanziati **oltre 1,5 miliardi di euro** a valere sul Fondo per la non autosufficienza.

Il Patto per la Terza Età

Il Piano è uno dei pilastri operativi del "**Patto per la Terza Età**", la cornice entro cui la legge 33/2023 ha ridisegnato il sistema di protezione per la popolazione anziana italiana. Non si tratta di un semplice incremento di risorse, ma di un autentico **cambio di paradigma** nel modo di concepire la fragilità, la domiciliarità e i diritti delle persone anziane.

«Un passo in avanti decisivo»: non solo un incremento di risorse, ma un cambio di paradigma nel modo di concepire la fragilità e i diritti delle persone anziane.

— Viceministra Maria Teresa Bellucci



Struttura del Piano

Tre assi strategici interconnessi

Il Piano 2025-2027 ruota attorno a tre pilastri principali, strettamente collegati tra loro, che insieme definiscono un modello integrato di presa in carico della fragilità anziana.

1. Domiciliarità

La casa dell'anziano come luogo naturale di cura. Regola, non eccezione.
Assistenza integrata sanitaria e sociale.

2. Punti Unici di Accesso (PUA)

La porta d'ingresso al sistema socio-sanitario. Un solo punto di riferimento, riconoscibile e con funzioni codificate.

3. Progetti Assistenziali Individualizzati (PAI)

Il "contratto di cura" che rende concreti i diritti dell'anziano, traducendo la valutazione in interventi personalizzati.

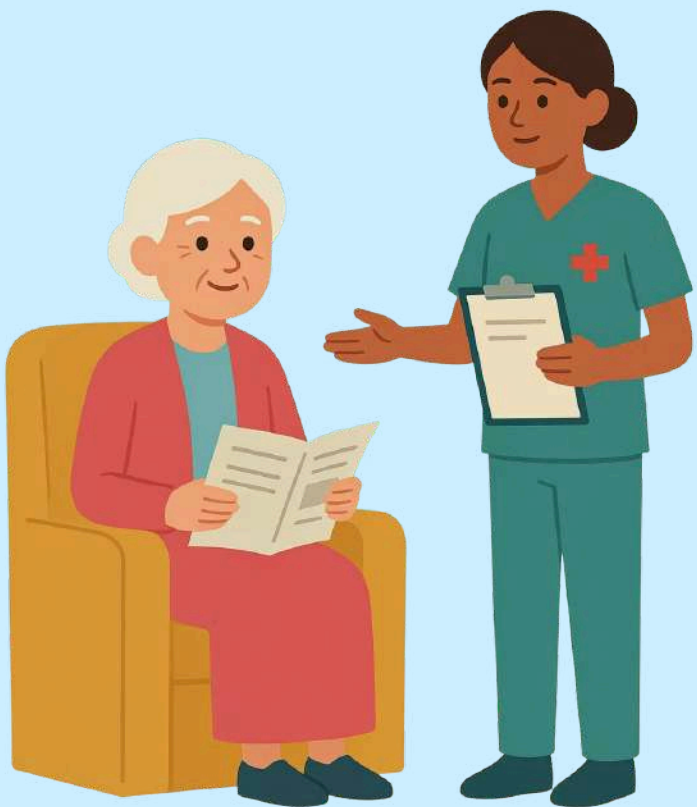
Domiciliarità: curare la persona, non solo la patologia

Il cambio di prospettiva

Per anni l'assistenza era polarizzata tra ospedale e residenze da un lato, e un domicilio quasi interamente delegato alla famiglia dall'altro. Il Piano 2025-2027 **ribalta la prospettiva**: la casa dell'anziano diventa il luogo naturale di cura; la struttura residenziale rimane una risorsa necessaria ma residuale, per i casi di bisogno troppo complesso.

Come si realizza

- Rafforzamento dell'assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale
- Maggiore integrazione tra MMG, infermieri di famiglia, assistenti sociali e OSS
- Sviluppo di servizi di sollievo per le famiglie (centri diurni, ricoveri temporanei, supporto ai caregiver)



Il diritto alla cura a casa

Si consolida il principio secondo cui il **diritto alla salute e all'assistenza** della persona anziana non autosufficiente non si esaurisce nella singola prestazione sanitaria, ma richiede un insieme coordinato di interventi socio-sanitari e sociali, il più possibile vicini alla vita quotidiana della persona. La domiciliarità non è quindi solo una scelta organizzativa, ma una risposta ai diritti fondamentali della persona.

I Punti Unici di Accesso (PUA)

La nuova "porta d'ingresso" al sistema socio-sanitario

I PUA sono concepiti come lo **sportello unico** attraverso cui l'anziano e la famiglia entrano nella rete dei servizi socio-sanitari territoriali. Sono collocati all'interno o in stretta connessione con le **Case di Comunità**, le strutture territoriali del SSN dedicate alla presa in carico della cronicità e della fragilità.



Accoglienza e informazione

Primo contatto per l'anziano e i familiari.
Ascolto del bisogno, spiegazione dei diritti
e riduzione della frammentazione.



Orientamento nella rete

Indirizzo verso prestazioni sanitarie,
socio-sanitarie, sociali, contributive.
Supporto nelle procedure amministrative.



Attivazione della presa in carico

Avvio formale del percorso verso la
valutazione multidimensionale e la
definizione del PAI personalizzato.

Perché i PUA rappresentano una novità sostanziale

Superamento dei compartimenti stagni

I PUA abbattano la barriera storica tra il sanitario e il sociale, favorendo una risposta integrata ai bisogni complessi dell'anziano.

Diritto all'accesso reso esigibile

Individuano un luogo preciso, riconoscibile, con funzioni codificate: il diritto ai servizi non è più solo enunciato, ma concretamente esercitabile.

Integrazione con il territorio

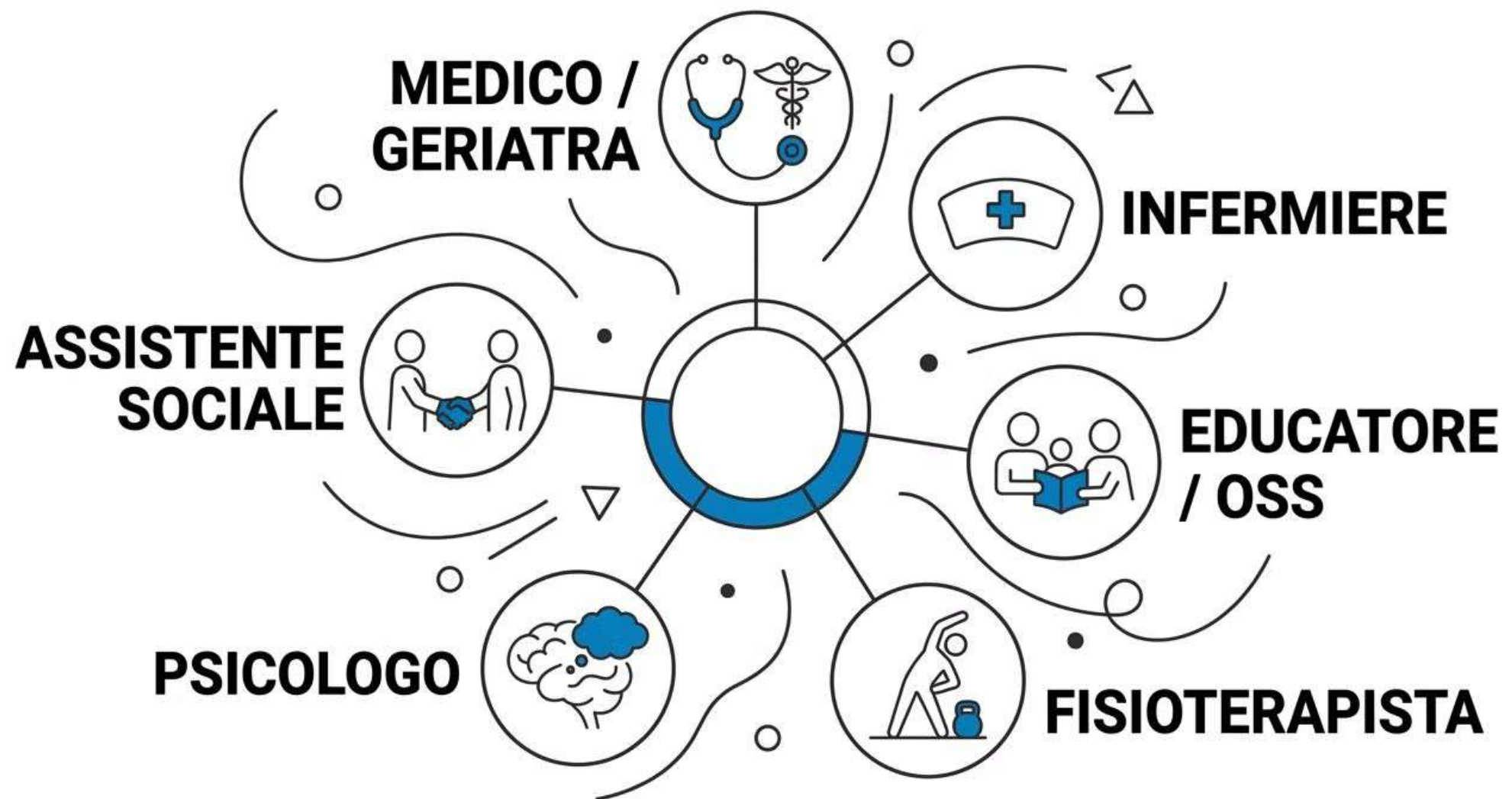
Permettono di dare attuazione pratica all'integrazione socio-sanitaria e al lavoro di rete con il territorio e il Terzo settore.



La valutazione multidimensionale

Guardare alla persona nel suo insieme

Dopo l'accesso al PUA, il passo successivo è la valutazione multidimensionale, affidata a un'**équipe multiprofessionale** che integra competenze sanitarie, sociali e specialistiche a seconda dei bisogni individuali della persona anziana.



Cosa valuta l'équipe multidimensionale

La valutazione non si limita alla diagnosi clinica: abbraccia tutti gli aspetti della vita dell'anziano.



Condizioni di salute

Patologie, comorbidità, terapie farmacologiche in corso e gestione delle malattie croniche.



Bisogni psicologici

Stato emotivo, rischio di depressione, isolamento sociale, ansia e benessere cognitivo.



Autonomia funzionale

Capacità di svolgere le attività della vita quotidiana: igiene personale, alimentazione, mobilità, gestione della casa.



Contesto familiare e abitativo

Presenza e carico dei caregiver, barriere architettoniche, rete di vicinato e servizi presenti sul territorio.

L'importanza della valutazione

Perché è decisiva

Da questa fase dipendono il riconoscimento formale del bisogno, la proporzionalità degli interventi nel PAI e la possibilità di monitorare nel tempo l'evoluzione della fragilità.

Il cambiamento di logica

La valutazione multidimensionale consente di passare da una logica di **prestazioni "a domanda"** — in cui il cittadino deve attivare singoli servizi caso per caso — a una logica di **presa in carico programmata e personalizzata**, costruita attorno alla persona nella sua globalità, non alla singola patologia.

- ❏ La valutazione multidimensionale è il fondamento su cui si costruisce l'intero progetto di cura personalizzato.

Il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI)

Il "contratto di cura" che rende concreti i diritti

Il PAI è il documento che **traduce in pratica** i risultati della valutazione multidimensionale. Definisce obiettivi, interventi, figure professionali coinvolte, tempi di erogazione e criteri di rivalutazione in un quadro trasparente e verificabile.



Il contenuto del PAI: cosa definisce

1

Obiettivi assistenziali

Mantenere l'autonomia, prevenire le cadute, sostenere il caregiver, ridurre i ricoveri impropri e migliorare la qualità di vita complessiva.

2

Interventi previsti

Prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali: visite, infermieristica, riabilitazione, ADI, centri diurni, pasti a domicilio, trasporti, voucher.

3

Figure e ruoli

Identificazione chiara di tutte le figure professionali coinvolte, con i rispettivi ruoli e responsabilità operative.

4

Tempi, frequenza e rivalutazione

Modalità di erogazione degli interventi, frequenza, durata e criteri definiti per l'aggiornamento periodico del progetto.

Chi partecipa alla definizione del PAI

Elemento qualificante del nuovo modello è la **partecipazione attiva** di tutti gli attori coinvolti nella cura. Questo approccio rende il PAI realistico, compatibile con il contesto di vita reale, e rafforza il consenso informato.

L'anziano

Al centro del processo, per quanto possibile partecipa attivamente alle decisioni che lo riguardano.

Famiglia e caregiver

Portano la conoscenza del contesto quotidiano e condividono la responsabilità dell'attuazione del piano.

Équipe multiprofessionale

Garantisce la competenza tecnica e la visione integrata dei bisogni sanitari, sociali e relazionali.



Perché il PAI è centrale nel nuovo modello

Il punto di incontro tra diritti e doveri

Il PAI è il punto di incontro tra il **diritto dell'anziano** a ricevere cure appropriate e continuative, il **dovere delle istituzioni** di organizzare in modo integrato gli interventi, e l'**esigenza di trasparenza**: ciò che il sistema si impegna a garantire è scritto, verificabile e aggiornabile.

Da frammentato a strutturato

Il PAI è il "contratto di cura" che rende concreto il passaggio da un sistema frammentato a un percorso **programmato, tracciabile e aggiornabile nel tempo**. Segna il confine tra l'assistenza episodica e la presa in carico continuativa.

Un cambio di paradigma

Diritti, integrazione, prossimità

Il Piano 2025-2027, nel solco della riforma introdotta dalla legge 33/2023, segna il passaggio da un modello emergenziale e frammentato a un sistema strutturato di presa in carico continuativa, centrato sulla persona e radicato nella comunità.

Dai servizi "a sportello" alla presa in carico proattiva

Il modello precedente

Il cittadino doveva **"cercare" i servizi** da solo, navigando tra sportelli diversi, competenze separate e procedure burocratiche frammentate. La famiglia era lasciata spesso senza orientamento.

Il nuovo modello

È il **sistema che prende in carico la persona**, attraverso i PUA, la valutazione multidimensionale e il PAI. Un percorso strutturato, riconoscibile e con responsabilità chiare.

Questo si traduce in **maggiore tutela dei diritti fondamentali** (salute, assistenza, dignità) e nel potenziale di riduzione delle disuguaglianze territoriali, se le Regioni attueranno in modo coerente il disegno nazionale.

Il ruolo del Terzo settore e della comunità

La riforma non si limita al perimetro sanitario. Promuove forme di **collaborazione strutturata** con gli enti del Terzo settore per la programmazione e la progettazione dei servizi, valorizza esperienze di prossimità — volontariato, associazioni, reti di vicinato — come parte integrante della risposta alla fragilità, e invita a "mettere a sistema" risorse pubbliche e comunitarie, evitando sovrapposizioni e vuoti di tutela.

- ❏ I PUA e i PAI diventano lo spazio in cui si coordinano gli interventi pubblici con quelli del territorio, offrendo all'anziano una rete più solida e leggibile.



Le sfide dell'attuazione: il ruolo delle Regioni e dei Comuni

Il successo del Piano dipenderà in larga misura dalla capacità attuativa dei soggetti istituzionali territoriali. Molto dipenderà dall'implementazione concreta a livello locale.

1 Organizzazione dei PUA nelle Case di Comunità

Attivazione effettiva degli sportelli, formazione del personale di accoglienza e raccordo operativo con i servizi territoriali.

2 Formazione delle équipes multidimensionali

Costruzione di team multiprofessionali stabili, con competenze integrate sanitarie e sociali e protocolli condivisi di valutazione.

3 Qualità e monitoraggio dei PAI

Capacità di redigere PAI appropriati, monitorarli nel tempo e aggiornarli in risposta all'evoluzione dei bisogni.

4 Coinvolgimento stabile del Terzo settore

Integrazione strutturata — non occasionale — del volontariato e delle reti di prossimità nella programmazione locale.

La dichiarazione della Viceministra

«Un passo in avanti decisivo»: cosa significa

«Un passo in avanti decisivo»

— Viceministra Maria Teresa Bellucci

Definire il Piano in questi termini significa riconoscere che per la prima volta dopo la legge 33/2023 si dispone di uno **strumento operativo triennale**, con risorse dedicate e obiettivi chiari.

Il significato più profondo

Si afferma una visione dell'anziano non autosufficiente come **titolare di diritti esigibili**, non come semplice destinatario di misure assistenziali residuali. Domiciliarità, PUA e PAI non sono più solo buone pratiche locali, ma architravi del modello nazionale.

La svolta di sistema: un confronto

Vecchio Modello Assistenziale



Nuovo Modello Assistenziale



BOX OPERATIVO

Famiglie e caregiver: cosa fare in pratica

Una guida pratica per orientarsi nel nuovo sistema, sapere a chi rivolgersi, quali informazioni portare e come partecipare attivamente al percorso di cura del proprio familiare anziano.



Primo passo: come trovare il PUA

Dove cercare

Informati su dove si trova il **Punto Unico di Accesso (PUA)** di riferimento nel tuo territorio, spesso all'interno o vicino alla Casa di Comunità o al distretto sanitario locale.

Se le informazioni non sono chiare

Chiedi al **medico di medicina generale** o al servizio sociale comunale di indicarti il PUA competente per la tua zona. Sono i primi punti di riferimento accessibili.

Cosa aspettarsi

Il PUA è uno spazio di ascolto e orientamento: non serve venire con tutto risolto. Bastano le informazioni essenziali sulla situazione dell'anziano e del contesto familiare.

Cosa portare al PUA: la checklist

Documenti sanitari

- Referti medici recenti e lettere di dimissione
- Elenco dei farmaci in corso
- Eventuali certificazioni di invalidità o riconoscimento di handicap

Informazioni sulla vita quotidiana

- Difficoltà nelle attività di base (igiene, alimentazione, mobilità)
- Cadute recenti o problemi di memoria
- Chi vive con l'anziano e chi presta assistenza
- Eventuali problemi di salute anche nei caregiver familiari

 Non è necessario avere già tutto pronto: il personale del PUA ti aiuterà a raccogliere le informazioni mancanti nelle fasi successive.

Le domande da porre al PUA

Ecco le domande chiave da non dimenticare al primo colloquio con il Punto Unico di Accesso.

→ Sui servizi disponibili

Quali servizi domiciliari sono disponibili per la nostra situazione specifica e come si accede?

→ Sul PAI

Come e quando verrà definito il Progetto Assistenziale Individualizzato? Chi sarà il nostro referente nel tempo?

→ Sulla valutazione

Come si attiva la valutazione multidimensionale e in quali tempi? Chi farà parte dell'équipe?

→ Sui diritti

Quali benefici economici o agevolazioni sono accessibili? Come si presentano le domande amministrative?

Durante la valutazione multidimensionale

Essere presenti

Cerca di essere presente, se possibile, insieme all'anziano, per fornire informazioni concrete sulla vita quotidiana che l'équipe non potrebbe conoscere altrimenti.

Parlare anche di sé

Non avere timore di segnalare le tue difficoltà come caregiver: stanchezza, conciliazione lavoro-cura, problemi economici. Sono informazioni essenziali per il PAI.

Il significato della valutazione

La valutazione non serve a "giudicare" la famiglia, ma a capire quali supporti sono davvero necessari per sostenere al meglio l'anziano e chi se ne prende cura.



Quando ti presentano il PAI: cosa verificare

Chiedere chiarezza

Chiedi che il PAI sia spiegato con **parole chiare**: quali interventi sono previsti, con che frequenza, per quanto tempo e quali figure professionali saranno coinvolte direttamente.

Controllare la completezza

Verifica che il PAI tenga conto non solo dei bisogni sanitari, ma anche di quelli **pratici e sociali**: spostamenti, pasti, aiuto in casa, rischio di isolamento e solitudine.

Chiedere della rivalutazione

Domanda come e quando il PAI verrà rivisto: cosa succede se la situazione **migliora o peggiora**? Chi contattare e in quali tempi?

Se qualcosa non funziona: come agire

01

Segnala il problema

Comunica al PUA o al referente indicato nel PAI eventuali criticità: servizi che non partono, ritardi, interventi non adeguati. La segnalazione attiva la risposta del sistema.

02

Tieni un diario degli interventi

Annota su un quaderno o file digitale: date, contatti, servizi ricevuti, eventuali problemi. Sarà utile nelle verifiche periodiche e per eventuali reclami formali.

03

Chiedi la rivalutazione

Se la situazione è cambiata significativamente, hai il diritto di chiedere un aggiornamento della valutazione multidimensionale o una revisione del PAI in tempi adeguati.

Prendersi cura anche del caregiver

Chi assiste un familiare anziano spesso trascura i propri bisogni. Ma **prendersi cura di sé non è un lusso**: è una condizione indispensabile per poter continuare a sostenere nel tempo la persona cara, senza rischiare il burn-out.

Servizi di sollievo

Informati su centri diurni, ricoveri temporanei e assistenza domiciliare aggiuntiva disponibili nel tuo territorio per alleggerire il carico assistenziale.

Supporto psicologico e gruppi

Chiedi se esistono gruppi di auto-aiuto o sportelli di ascolto per caregiver nel tuo Comune o distretto sanitario.

Riconoscimento del ruolo

Il tuo contributo è parte integrante del sistema di cura. Segnalare le tue difficoltà al PUA e all'équipe è utile a tutti, non solo a te.



Il Piano 2025-2027: una svolta di sistema

I tre pilastri operativi

Domiciliarità

La casa come luogo privilegiato di cura, con assistenza integrata sanitaria e sociale.

PUA

Un punto d'accesso unico, riconoscibile e con funzioni codificate per ogni anziano e famiglia.

PAI

Un "contratto di cura" personalizzato, trasparente e aggiornabile nel tempo.

Il traguardo

Il Piano 2025-2027, nel solco della legge 33/2023, segna una svolta di sistema: dalla **cura episodica alla presa in carico continuativa**, dalla frammentazione all'integrazione socio-sanitaria, dall'ospedale come centro del sistema alla **domiciliarità e alla comunità** come luoghi privilegiati di cura. Una riforma che pone al centro i diritti esigibili di ogni persona anziana.