

Roma, 16 aprile 2026

Valutazioni in merito al “Piano nazionale per la non autosufficienza” e al “Piano nazionale per l’assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana”.

Premessa

L’attuazione dei Piani risulta condizionata dal mancato completamento dei processi di riforma in corso nel Paese, nonché da alcune scelte attuative a riguardo che stanno generando rilevanti criticità per le persone con disabilità e/o non autosufficienti e per le loro famiglie.

Si pensi alla (mancata) attuazione del PNRR, i cui ritardi e differenze regionali nella realizzazione e attivazione delle Case della Comunità e dunque dei PUA, con le relative équipe multiprofessionali, indispensabili per valutare i bisogni e definire i Piani Individuali di Assistenza (PAI), limita fortemente l’attuazione dei servizi e dei LEPS.

Si pensi, inoltre, all’andamento della sperimentazione della Riforma in materia di disabilità (estesa a 60 province), che registra un calo preoccupante delle domande presentate e riconosciute, escludendo già oggi migliaia di persone dall’esigibilità dei propri diritti.

Infine, dobbiamo evidenziare l’andamento negativo della sperimentazione della Prestazione Universale per le persone non autosufficienti, caratterizzata da criteri di accesso estremamente ristretti e categoriali.

Ma, ribadiamo, è soprattutto la scarsità di risorse messe a disposizione per l’attuazione dei Piani che li rendono ancora deboli nel rispondere ai bisogni di cura e sostegno di milioni di persone disabili e non autosufficienti e delle loro famiglie.

Valutazione

Si ritiene opportuna una valutazione congiunta dei due Piani in quanto oggettivamente complementari. Questo viene incontro alla necessità della loro integrazione al fine di evitare sovrapposizioni ed equivoci interpretativi da parte dei soggetti attuatori e potenziali beneficiari.

- *il PNNA 2025 - 27 è approvato e operativo;*
- *il Piano anziani 2025 - 27 è previsto ma non ancora adottato;*
- *i due Piani sono complementari: il PNNA copre gli under 70, il Piano anziani coprirà gli over 70;*
- *il PNNA funge da ponte verso il nuovo sistema introdotto dalle riforme;*

Nei due piani si individuano due aree particolarmente problematiche relative al loro impianto e alla loro attuazione a cui prestare particolare attenzione.

- Limiti di impianto e attuativi del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA)

- Frammentazione tra sociale e sanitario: particolare attenzione va prestata al superamento della debole integrazione tra servizi sociali e sanitari, con competenze distribuite tra diversi livelli di governo e una pluralità di erogatori difficili da coordinare.

- Criteri di riparto delle risorse storicamente poco mirati: fino al 2025, il Fondo veniva ripartito soprattutto sulla base della popolazione 75+, assumendo uniformità dei bisogni tra regioni. Si ritiene necessario legare il riparto alla reale distribuzione della non autosufficienza.

- Doppio binario anziani–disabili: dal 2025 il PNNA copre solo i non autosufficienti fino a 70 anni, mentre gli over 70 passano al nuovo Piano anziani. Questa separazione genera complessità di governance e rischi di discontinuità nei servizi.
 - Ritardi nell'adozione dei Piani: il PNNA 2025-27 è arrivato con ritardo per difficoltà di accordo tra regioni sui criteri di riparto, rallentando la programmazione territoriale.
 - Persistente debolezza dell'integrazione operativa: professionisti che non dialogano, scarsa condivisione di informazioni, caregiver spesso "invisibili" ai servizi; tutto ciò ostacola la presa in carico unitaria.
 - Fondi non sempre aggiuntivi: parte delle risorse recenti deriva da riallocazioni (es. Fondo Caregiver Familiare), non da investimenti strutturali; ciò limita la capacità espansiva del Piano.
 - Monitoraggio e dati ancora incompleti: nonostante il SIUSS, permangono difficoltà nel tracciare in modo uniforme bisogni, prestazioni e livelli di erogazione sui territori (emerge dal PNNA 2022-24).

2. Limiti di impianto e attuazione del Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana (Piano Anziani)

- Mancanza di risorse aggiuntive strutturali: diverse regioni (Emilia-Romagna, Puglia, Campania, Toscana) hanno contestato l'assenza di finanziamenti nuovi e stabili a supporto del nuovo impianto, ritenendo insufficienti le basi economiche del provvedimento.
- Impianto complessivo ritenuto debole da alcune Regioni: la Conferenza Unificata non ha raggiunto l'intesa sul decreto anziani proprio per criticità sull'impianto generale e sulla sostenibilità finanziaria.
 - Transizione normativa complessa: il Piano anziani deve coordinarsi con la riforma disabilità (D.Lgs. 62/2024) e con il PNNA, generando un quadro in evoluzione che può creare sovrapposizioni e incertezze.
 - Rischio di frammentazione tra i due Piani (PNNA e Piano Anziani): la separazione per età richiede coordinamento stretto tra Regioni e Ambiti territoriali per evitare "vuoti" di presa in carico, soprattutto nella fascia 65-75 anni.
 - Complessità nella programmazione territoriale: il DPCM 2025-27 prevede flessibilità tra risorse per disabili e anziani, ma ciò richiede capacità programmatoria avanzata da parte di Regioni e ATS, non sempre omogenea sul territorio.
 - Integrazione sociosanitaria ancora debole: come evidenziato dall'OCSE, la frammentazione del sistema italiano rischia di vanificare gli obiettivi del nuovo Piano, che punta proprio a rafforzare l'integrazione domiciliare e territoriale.
 - Ritardi potenziali nell'adozione del Piano: l'ANCI ha segnalato la necessità di accelerare l'iter di adozione del Piano anziani, condizione necessaria per garantire continuità nei servizi.

3. Cosa prevedere per una reale integrazione tra i due Piani

A: Livello nazionale: costruire un "ponte unico" tra i due Piani

- Cornice unitaria di presa in carico: definire un *modello nazionale di presa in carico* valido per entrambi i Piani (stesse fasi: accesso, valutazione, progetto personalizzato, monitoraggio). Questo riduce il rischio che la soglia dei 70 anni produca due mondi separati.
- Valutazione multidimensionale unica: un unico set di strumenti/scale per la valutazione della non autosufficienza, utilizzabile sia per disabili <70 che per anziani ≥70. Cambia il "contenitore" (PNNA vs Piano Anziani), ma non cambia il modo in cui si definiscono bisogni e intensità degli interventi.

- Linee guida nazionali per i passaggi di età 65–75 : regole chiare per i “passaggi di competenza” tra Piani (es. 69→71 anni).

- Coerenza nei criteri di riparto: evitare che PNNA e Piano Anziani usino logiche di riparto troppo diverse.

B. Livello regionale: integrare programmazione e governance

- Un unico documento di programmazione regionale integrata: non due piani separati (disabilità/non autosufficienza e anziani), ma un *Piano regionale per la non autosufficienza lungo il corso di vita*, con due capitoli finanziari ma un’unica strategia.

- Cabina di regia regionale unica: un solo tavolo che governa PNNA + Piano Anziani + riforma disabilità.

- Sperimentazioni integrate e valutazione d’impatto: usare una quota di risorse di entrambi i Piani per sperimentare modelli integrati (es. “Case della comunità + PUA + ADI + SAD” in un unico percorso).

C. L’integrazione “sul campo”

- Punto Unico di Accesso realmente unico Obiettivo: un PUA che non chieda all’utente “sei sotto o sopra i 70?”, ma che prenda in carico la persona e poi instradi internamente verso il Piano corretto.

- Unità di Valutazione Multidimensionale con mandato “trasversale”: UVMD che lavorano per *tutti* i non autosufficienti, non per “segmenti di Piano”.

- Progetto personalizzato come “documento ponte”: il progetto diventa il vero perno di integrazione.

- Case manager unico per situazioni complesse: una figura di riferimento che segue la persona nel tempo, indipendentemente dal Piano.

D. Misure trasversali di integrazione

- Sistema informativo integrato: che i dati di PNNA e Piano Anziani “parlino tra loro”.

- Formazione congiunta degli operatori: costruire una cultura comune di “long-term care” e non di “piano di appartenenza”.

- Coinvolgimento strutturato di caregiver e terzo settore. usare la stessa logica di co-progettazione per entrambi i Piani.

Auser Rete Associativa Nazionale ETS