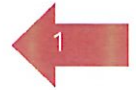


# Condivisione Piano Nazionale Anziani 2025–2027



## Introduzione

Il presente lavoro nasce con uno spirito di condivisione e di contributo costruttivo al percorso di definizione del **Piano Nazionale Anziani 2025–2027**.

L'obiettivo non è quello di formulare osservazioni esterne, ma di offrire una lettura di accompagnamento, sviluppata da **Conf Salute Healthcare**, orientata a valorizzare l'impianto del Piano e, al tempo stesso, a individuarne i possibili ambiti di ulteriore rafforzamento.

Il metodo seguito è stato quello di una lettura attenta, capitolo per capitolo, volta a cogliere il valore dell'impianto riformatore, la coerenza con il quadro normativo vigente e le opportunità di sviluppo utili a rendere il Piano sempre più efficace, omogeneo e vicino ai bisogni reali delle persone anziane e delle loro famiglie.

In questa prospettiva, il contributo di **Conf Salute Healthcare** si colloca in una logica di collaborazione istituzionale: sostenere il lavoro del **CIPA** e degli attori coinvolti nella costruzione del nuovo sistema, affinché i principi della riforma possano tradursi sempre più in organizzazione concreta, presa in carico effettiva, qualità dei servizi e continuità assistenziale.

Si tratta, dunque, di un contributo che intende accompagnare il Piano non in chiave critica, ma propositiva, con l'auspicio di concorrere alla definizione di un modello di assistenza e cura più integrato, più leggibile e più capace di rispondere alla complessità della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana

Proposta di lettura e accompagnamento al **CIPA**  
a cura di **Conf Salute Healthcare**



## Quadro di contesto

Il primo capitolo del Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana 2025–2027 si colloca dentro una stagione di cambiamento profondo, che non riguarda soltanto l'assetto normativo del sistema, ma il modo stesso in cui il Paese è chiamato a leggere la condizione anziana, la fragilità e la non autosufficienza. Il quadro che emerge è quello di una società attraversata da trasformazioni demografiche ormai strutturali: l'allungamento della vita media, l'aumento delle situazioni di solitudine, la progressiva rarefazione delle reti familiari tradizionali e la crescita di bisogni assistenziali sempre più complessi chiedono una risposta pubblica più ordinata, più leggibile e più capace di accompagnare le persone nei diversi passaggi della loro condizione di vita.

In questo senso, il Piano ha il merito di collocarsi con coerenza nel solco delle riforme più recenti, richiamando in modo chiaro la legge 33 del 2023, il decreto legislativo 29 del 2024 e la continuità con il precedente Piano nazionale per la non autosufficienza 2022–2024. Non si tratta di un dettaglio formale.

Questa continuità restituisce l'idea di un percorso riformatore che non nasce per frammenti, ma che prova a costruire un impianto progressivo, nel quale la persona anziana non autosufficiente non è più considerata come destinataria di risposte occasionali o residuali, bensì come centro di una programmazione pubblica più consapevole e integrata. È proprio questo uno dei passaggi di maggiore valore del capitolo: la volontà di tenere insieme la dimensione sociale, quella sanitaria e quella sociosanitaria, ricomponendo un orizzonte che per troppo tempo è apparso diviso tra competenze, strumenti e linguaggi differenti.

Il quadro di contesto, così come delineato, esprime anche un avanzamento culturale importante. Il Piano, infatti, si allontana da una visione meramente assistenzialistica e introduce una prospettiva fondata sulla presa in carico, sulla valutazione multidimensionale, sulla personalizzazione degli interventi e sul rafforzamento della domiciliarità. Questo cambio di impostazione merita di essere valorizzato con forza, perché riconosce che la non autosufficienza non può essere affrontata soltanto come somma di prestazioni, ma come percorso di cura e di accompagnamento che attraversa il tempo, le relazioni, i luoghi di vita e i diversi bisogni della persona. In questa impostazione si ritrova un principio essenziale: la dignità della persona anziana si tutela non soltanto garantendo servizi, ma costruendo continuità, prossimità e appropriatezza.

Un altro elemento di valore del capitolo è il suo orientamento preventivo. Il riferimento alla prevenzione della fragilità, alla promozione dell'autonomia e alla permanenza della persona nel proprio contesto di vita non rappresenta solo un enunciato di principio, ma una scelta di indirizzo molto rilevante. Significa riconoscere che la qualità di un sistema non si misura soltanto nella capacità di intervenire quando il bisogno è già conclamato, ma anche nella sua attitudine a prevenire l'aggravamento, a ridurre il ricorso a soluzioni emergenziali e a sostenere il più possibile la vita della persona nel proprio ambiente di appartenenza. È una visione che interpreta correttamente il rapporto tra assistenza, comunità e territorio, e che può diventare una delle chiavi più forti dell'intero Piano.

Proprio perché questo impianto appare serio e condivisibile, ritiene utile accompagnarlo con alcune note di crescita che possano rafforzarne l'efficacia attuativa e la capacità di produrre risultati omogenei sul territorio nazionale. Il primo capitolo, infatti, può diventare ancora più incisivo se, accanto alla sua solida impostazione di principio, viene ulteriormente sviluppata la dimensione della misurabilità. In questa prospettiva, sarebbe particolarmente utile prevedere, sin dal quadro di contesto, un riferimento più esplicito a indicatori nazionali di risultato, capaci di rendere leggibile nel tempo l'effettiva realizzazione del cambiamento atteso. Il valore di una riforma, infatti, cresce



quando i suoi obiettivi possono essere osservati, confrontati e monitorati in modo trasparente.



In tale direzione, potrebbe risultare opportuno introdurre nel percorso di sviluppo del Piano alcuni indicatori minimi condivisi a livello nazionale: la percentuale di presa in carico entro tempi definiti, i tempi medi di accesso ai PUA, il rapporto tra assistenza domiciliare e risposta residenziale, la continuità dei percorsi assistenziali, la capacità del sistema di accompagnare la persona senza interruzioni tra i diversi setting di cura. Un simile impianto non avrebbe una funzione meramente tecnica, ma darebbe sostanza all'idea di diritto esigibile, aiutando anche le Regioni e i territori a misurarsi con una cornice comune di riferimento.

Accanto a questo aspetto, il quadro di contesto potrebbe essere ulteriormente valorizzato con un più chiaro richiamo ai livelli minimi di servizio da garantire. La riforma, infatti, acquista forza quando i principi trovano una traduzione ordinata in standard di accesso, tempi di attivazione, livelli minimi di presa in carico e intensità assistenziali coerenti con i bisogni. In questa chiave, il primo capitolo potrebbe svolgere una funzione molto importante: non solo descrivere la direzione del sistema, ma anche prefigurare una base comune di garanzie essenziali, che aiuti a rendere più uniforme l'applicazione della riforma nei diversi contesti regionali.

Allo stesso modo, sarebbe utile che il Piano accompagnasse la propria visione con una più marcata esplicitazione del ruolo attuativo delle Regioni, non in senso formale, ma come responsabilità concreta di progressiva implementazione dei LEPS e dei modelli di presa in carico integrata. Una verifica periodica dei risultati regionali, letta in una logica di accompagnamento e miglioramento continuo, potrebbe rappresentare uno strumento prezioso per sostenere l'effettiva crescita del sistema e per favorire una convergenza nazionale più solida. In questo modo, il quadro di contesto si trasformerebbe sempre di più in una cornice capace di orientare il cambiamento, non soltanto di rappresentarlo.

Vi è poi un punto che, a giudizio di **Conf Salute Healthcare**, merita una valorizzazione più esplicita già in questa fase introduttiva: la piena integrazione del sistema di offerta, comprensivo sia delle strutture pubbliche sia di quelle private accreditate. Nel Servizio sanitario nazionale, infatti, il privato accreditato non è un elemento esterno o alternativo, ma parte integrante dell'offerta pubblica, chiamato a operare con gli stessi requisiti, gli stessi controlli e le stesse tariffe del sistema pubblico. Rendere questo passaggio più evidente dentro il quadro di contesto aiuterebbe a rappresentare con maggiore chiarezza la realtà organizzativa del Paese e a rafforzare il principio di una collaborazione ordinata tra tutti i soggetti che concorrono alla tutela delle persone anziane fragili. In una stagione nella quale la domanda di assistenza cresce e si fa più articolata, ogni energia regolata, qualificata e verificabile deve essere riconosciuta come parte della risposta pubblica.

Un ulteriore elemento che potrebbe rafforzare il capitolo riguarda la centralità della presa in carico territoriale. Il primo capitolo già si muove in questa direzione, ma può diventare ancora più forte se il territorio viene presentato non soltanto come sede organizzativa dei servizi, bensì come luogo primario della responsabilità di cura. Spostare lo sguardo dalle singole prestazioni ai percorsi di accompagnamento significa riconoscere che la vera qualità del sistema si misura nella sua capacità di farsi vicino alla persona, di intercettarne per tempo i bisogni, di coordinarne le risposte e di mantenere continuità nel tempo. In questa prospettiva, il quadro di contesto potrebbe valorizzare ancora di più la logica del percorso, della prossimità e della continuità assistenziale come assi portanti dell'intero Piano.

Nel suo insieme, dunque, il primo capitolo rappresenta una base importante e meritevole di attenzione. Esso ha il pregio di collocare il tema della non autosufficienza dentro una cornice finalmente più ordinata, più moderna e più vicina alla realtà delle persone. Proprio per questo, a giudizio di **Conf Salute Healthcare**, il suo sviluppo successivo può essere accompagnato da un ulteriore rafforzamento sul piano della misurabilità, degli standard, della responsabilità attuativa e della

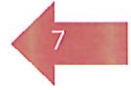


piena integrazione dei soggetti erogatori. Il vero salto di qualità, infatti, non risiede soltanto nella chiarezza dei principi, ma nella capacità di tradurli progressivamente in diritti effettivi, leggibili e omogenei sul territorio nazionale.

È in questa prospettiva che il contributo di **Conf Salute Healthcare** intende collocarsi: non come osservazione esterna, ma come proposta costruttiva, orientata a rendere il Piano sempre più capace di trasformare la visione riformatrice in organizzazione concreta, tutela reale e prossimità effettiva per le persone anziane e per le loro famiglie.



## Le platee dei destinatari

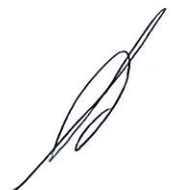


Il secondo capitolo del Piano affronta un passaggio fondamentale per l'intero impianto riformatore: la definizione della platea dei destinatari. Si tratta di una scelta che non ha solo valore tecnico, ma che incide direttamente sulla capacità del sistema di intercettare i bisogni reali delle persone e di costruire percorsi di assistenza coerenti, equi e continuativi.

Il Piano individua in modo chiaro e ordinato le persone anziane non autosufficienti come destinatari principali degli interventi, collocando questa definizione all'interno del quadro normativo delineato dalla legge 33/2023 e dal decreto legislativo 29/2024. La platea viene così costruita attraverso un equilibrio tra requisito anagrafico e condizione di non autosufficienza accertata, offrendo una base solida e coerente su cui sviluppare l'intero sistema di presa in carico.

All'interno di questa impostazione, assume particolare rilievo la progressiva valorizzazione della dimensione multidimensionale del bisogno. Il riferimento alla componente bio-psico-sociale consente infatti di superare una lettura esclusivamente sanitaria della non autosufficienza e di restituire centralità alla persona nella sua complessità. In questa prospettiva, il sistema può ulteriormente evolvere rafforzando il ruolo dei criteri funzionali e multidimensionali, orientandosi sempre più verso una capacità di leggere e accompagnare il bisogno nella sua fase di sviluppo, anche prima che esso si manifesti in forma conclamata.

Un elemento di particolare equilibrio del capitolo è rappresentato dalla distinzione tra le diverse platee anagrafiche, con la previsione di strumenti programmatori differenti per la fascia 65-70 anni e per la popolazione over 70. Questa articolazione risponde a una logica ordinata di programmazione nazionale e consente una distribuzione più mirata delle risorse e degli interventi. Allo stesso tempo, essa può essere accompagnata da un rafforzamento della continuità tra i percorsi, in modo da garantire che il passaggio tra i diversi strumenti avvenga senza



soluzione di continuità, accompagnando la persona lungo tutto il percorso della fragilità.

In questo quadro, il Punto Unico di Accesso si configura come uno degli elementi più significativi del modello. Il PUA è già individuato come snodo centrale tra sistema sanitario e sistema sociale, luogo di orientamento, attivazione e coordinamento dei percorsi di presa in carico. Proprio per questo, esso può esprimere appieno il proprio potenziale evolvendo sempre più verso una funzione di regia territoriale, capace di garantire uniformità di accesso, tempestività nell'attivazione dei servizi e una lettura precoce dei bisogni emergenti.

La valutazione multidimensionale rappresenta un ulteriore punto di forza del capitolo. Essa introduce un linguaggio nuovo e più aderente alla complessità della persona, ponendo le basi per una presa in carico integrata e personalizzata. In questa direzione, il sistema può ulteriormente consolidarsi attraverso una maggiore omogeneità applicativa sul territorio nazionale, favorendo la diffusione di strumenti condivisi e la costruzione di un linguaggio comune tra le diverse professionalità coinvolte.

Accanto a questi elementi, il capitolo apre una prospettiva importante sulla capacità del sistema di intercettare la fragilità. L'impianto attuale garantisce una risposta strutturata e adeguata nelle situazioni di non autosufficienza già definite; può al tempo stesso sviluppare ulteriormente la propria efficacia accompagnando anche le fasi iniziali di vulnerabilità, nelle quali interventi tempestivi possono contribuire a sostenere l'autonomia e a prevenire l'aggravamento delle condizioni.

In questo percorso, il ruolo della rete territoriale assume un valore strategico. L'attuale modello di accesso, centrato sul sistema sanitario e sul medico di medicina generale, rappresenta una base solida e riconoscibile. Esso può essere ulteriormente arricchito attraverso il coinvolgimento più ampio dei servizi sociali, delle strutture sociosanitarie accreditate, degli enti del terzo settore e delle reti di prossimità, contribuendo a costruire un sistema più capillare e vicino alle persone, capace di intercettare i bisogni in modo diffuso e tempestivo.





All'interno di questa rete, le strutture accreditate rappresentano già oggi un presidio fondamentale del sistema. Esse contribuiscono in modo concreto alla presa in carico delle persone e alla continuità assistenziale. Una loro piena valorizzazione anche nei percorsi di accesso e nella lettura del bisogno può rafforzare ulteriormente l'integrazione del sistema, rendendo più fluido il passaggio tra i diversi livelli di assistenza e migliorando la qualità complessiva delle risposte.

Nel suo insieme, il capitolo costruisce una base solida e coerente per la definizione della platea dei destinatari. Il suo sviluppo può accompagnare il sistema verso una capacità sempre più evoluta di intercettare, accompagnare e seguire la fragilità nel tempo, rafforzando la continuità dei percorsi, la prossimità territoriale, la tempestività degli interventi e l'integrazione tra tutti i soggetti coinvolti.

È in questa prospettiva che il contributo di Conf Salute Healthcare si inserisce: sostenere un'evoluzione del sistema che, partendo da una definizione chiara dei destinatari, sia in grado di tradurre questa impostazione in percorsi di presa in carico sempre più continui, integrati e orientati alla qualità della vita delle persone anziane e delle loro famiglie.

## Proposta di sintesi

### Conf Salute Healthcare

Si definisce in modo coerente la platea dei destinatari, ponendo al centro la persona e il principio della presa in carico integrata.

In prospettiva, il sistema può evolvere rafforzando:

- la continuità tra strumenti e platee
- il ruolo del PUA come snodo di accesso e orientamento
- l'omogeneità dei criteri di valutazione
- lo sviluppo di una rete territoriale più capillare e integrata
- la piena valorizzazione delle strutture accreditate



L'obiettivo è accompagnare il sistema verso una capacità sempre più efficace di intercettare e seguire la fragilità nel tempo, garantendo prossimità, continuità e qualità della risposta.



## La struttura della governance istituzionale



Il terzo capitolo del Piano delinea un modello di governance articolato e multilivello, costruito su un equilibrio tra indirizzo nazionale e attuazione territoriale. Si tratta di un impianto coerente con il percorso riformatore in atto, che riconosce la complessità del sistema e la necessità di una collaborazione strutturata tra i diversi livelli istituzionali.

La presenza di un livello centrale di indirizzo e coordinamento, affiancato da una dimensione regionale di programmazione e da una dimensione territoriale di attuazione, restituisce un'architettura solida e ben definita. Questo modello consente di tenere insieme visione strategica e capacità operativa, favorendo una distribuzione delle responsabilità che può accompagnare in modo efficace la realizzazione degli interventi. In questa prospettiva, il sistema può ulteriormente evolvere rafforzando la capacità di coordinamento tra i livelli e consolidando una responsabilità condivisa nella realizzazione degli obiettivi, così da garantire una piena continuità tra indirizzo nazionale e azione territoriale.

All'interno di questo quadro, il ruolo del Comitato Interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana assume un significato particolarmente rilevante. Il CIPA rappresenta una sede stabile di indirizzo strategico e di coordinamento delle politiche nazionali, introducendo un elemento di innovazione che consente di superare la frammentazione delle competenze e di promuovere una visione unitaria degli interventi. In questa direzione, il Comitato può esprimere appieno il proprio potenziale accompagnando sempre più l'integrazione tra politiche sociali e sanitarie, sostenendo il monitoraggio dei risultati e rappresentando un punto di riferimento costante per l'evoluzione del sistema nel tempo.

Un ulteriore snodo fondamentale della governance è rappresentato dal rapporto tra Ambiti Territoriali Sociali e



Distretti sanitari. Il Piano individua con chiarezza questi due livelli come riferimenti rispettivamente per la componente sociale e per quella sanitaria, delineando un modello fondato sull'integrazione funzionale. Tale impostazione può trovare ulteriore sviluppo attraverso un rafforzamento del raccordo territoriale, favorendo un progressivo allineamento delle aree di competenza e una gestione sempre più congiunta dei percorsi di presa in carico. In questo modo, il sistema territoriale può configurarsi come un ambito realmente unitario, capace di rispondere in modo più coerente e continuo ai bisogni delle persone.

La programmazione integrata rappresenta un altro elemento qualificante del capitolo. Il Piano prevede già strumenti di collaborazione tra i diversi soggetti istituzionali e definisce una base strutturata per l'integrazione tra sociale e sanitario. Questo impianto può essere ulteriormente valorizzato attraverso una sempre maggiore costruzione condivisa degli obiettivi e una definizione più esplicita delle responsabilità operative, orientando la programmazione verso una logica centrata sulla presa in carico della persona piuttosto che sulla semplice erogazione di servizi.

In questo contesto, il territorio emerge come il luogo privilegiato della cura. Il riconoscimento della centralità dei servizi di prossimità e della dimensione comunitaria rappresenta un passaggio fondamentale, in linea con le più recenti politiche di rafforzamento dell'assistenza territoriale. Tale impostazione può essere ulteriormente sviluppata sostenendo la capacità dei territori di attivare risposte integrate, rafforzando il coinvolgimento delle comunità e avvicinando sempre più i servizi ai luoghi di vita delle persone. Il territorio, in questa prospettiva, non è soltanto un ambito organizzativo, ma diventa il primo luogo nel quale si costruisce la risposta di cura.

Accanto alla dimensione istituzionale, il capitolo riconosce il valore della rete allargata dei soggetti coinvolti. Il riferimento agli enti pubblici, ai servizi sociali e sanitari e al terzo settore restituisce l'immagine di un sistema aperto e inclusivo. Questa impostazione può essere ulteriormente rafforzata attraverso una

partecipazione sempre più attiva e strutturata di tutti i soggetti della rete, includendo le organizzazioni del terzo settore, le reti informali e i caregiver, così da costruire una governance realmente collaborativa e capace di rispondere in modo flessibile ai bisogni emergenti.

In questa rete, le strutture accreditate rappresentano una componente già pienamente integrata nel sistema. Esse contribuiscono in modo concreto all'erogazione dei servizi e alla presa in carico delle persone, operando all'interno del Servizio sanitario nazionale con gli stessi requisiti e standard qualitativi. Una loro ulteriore valorizzazione nella governance territoriale può rafforzare la continuità assistenziale e rendere più efficace il funzionamento complessivo del sistema, favorendo un'integrazione sempre più piena tra tutti i soggetti dell'offerta.

Infine, il capitolo introduce strumenti di monitoraggio e sistemi informativi che costituiscono una base importante per il governo del sistema. La disponibilità di dati e informazioni rappresenta un elemento essenziale per orientare le politiche e per valutare l'efficacia degli interventi. In questa prospettiva, il sistema può evolvere verso una sempre maggiore capacità di lettura dei dati, di misurazione dei risultati e di trasparenza, rafforzando la fiducia tra istituzioni e cittadini e sostenendo una governance sempre più orientata alla responsabilità e alla qualità degli esiti.

Nel suo insieme, il capitolo definisce un modello di governance coerente e ben strutturato, capace di sostenere il percorso riformatore in atto. Il suo sviluppo può accompagnare il sistema verso una dimensione sempre più operativa, integrata e orientata ai risultati, rafforzando il coordinamento tra i livelli istituzionali, l'integrazione territoriale, la responsabilità condivisa, la partecipazione dei soggetti e la capacità di monitoraggio.

È in questa direzione che il contributo di Conf Salute Healthcare si inserisce, con l'obiettivo di sostenere una governance che non sia soltanto architettura organizzativa, ma funzione viva del sistema, capace di tradurre gli indirizzi programmatici in percorsi concreti di cura e di



accompagnamento, garantendo alle persone anziane e alle loro famiglie risposte continue, integrate e di qualità.

14

## Proposta di sintesi

### Conf Salute Healthcare

Si definisce un modello di governance articolato e coerente, fondato sull'integrazione tra livelli istituzionali e sulla centralità del territorio nella realizzazione degli interventi.

In prospettiva, il sistema può evolvere rafforzando:

- il coordinamento tra livello nazionale, regionale e territoriale
- il ruolo del CIPA come motore di integrazione e monitoraggio
- l'integrazione operativa tra ATS e Distretti sanitari
- la programmazione congiunta orientata alla presa in carico
- la partecipazione della rete territoriale e dei soggetti coinvolti
- la piena valorizzazione delle strutture accreditate
- la capacità di monitoraggio e lettura dei risultati

L'obiettivo è accompagnare la governance da un modello organizzativo a una funzione sempre più operativa, integrata e orientata agli esiti, capace di garantire continuità, prossimità e qualità nella risposta alle persone anziane e alle loro famiglie.

## Percorso valutativo integrato e presa in carico

15

Il quarto capitolo del Piano rappresenta il cuore operativo dell'intero impianto riformatore, poiché definisce in modo concreto come viene presa in carico la persona anziana. È in questo passaggio che la visione del Piano si traduce in azione, individuando un modello organizzativo capace di superare la frammentazione dei servizi e di costruire percorsi integrati, continui e personalizzati.

Al centro di questo modello si colloca la valutazione multidimensionale unificata, che introduce un approccio innovativo nella lettura del bisogno. La persona viene considerata nella sua complessità, attraverso una valutazione che integra la dimensione sanitaria, quella sociale e quella funzionale. Questo consente di superare una logica basata esclusivamente sulla diagnosi clinica, per orientarsi verso una comprensione più completa delle condizioni di vita, delle relazioni e dell'autonomia della persona.

La valutazione si realizza all'interno dei Punti Unici di Accesso, che rappresentano la porta di ingresso al sistema. I PUA assumono così una funzione strategica, non solo come luogo di accesso, ma come spazio di integrazione tra le diverse professionalità, dove operano équipe multidisciplinari capaci di leggere il bisogno in modo unitario e di orientare il percorso assistenziale.

L'accesso al sistema avviene attraverso una pluralità di canali, che coinvolgono il medico di medicina generale, le strutture del Servizio sanitario nazionale e, più in generale, la rete territoriale. Questo consente di intercettare il bisogno in modo diffuso e di attivare tempestivamente i percorsi di presa in carico, in particolare nei confronti delle persone anziane che presentano condizioni di fragilità, patologie croniche o una riduzione dell'autonomia.

A seguito della valutazione multidimensionale, il sistema è in grado di orientare la persona verso il percorso più appropriato. Nei casi di bisogni semplici, viene garantito un orientamento verso i servizi disponibili; nei casi in cui la non autosufficienza non risulti confermata, è possibile l'accesso ad altri percorsi di tutela; nei casi in cui la condizione di non autosufficienza venga accertata, si attiva il Progetto Assistenziale Individualizzato.

Il PAI rappresenta il fulcro della presa in carico. Esso non si limita a individuare singole prestazioni, ma costruisce un percorso complessivo di cura e assistenza, integrando le diverse componenti del sistema. All'interno del PAI vengono definiti gli obiettivi di cura, le tipologie di intervento, la loro durata e intensità, nonché le figure professionali coinvolte. Questo consente di garantire una risposta coerente e personalizzata, in grado di adattarsi alle esigenze specifiche della persona.

Elemento qualificante del PAI è il coinvolgimento diretto della persona, della famiglia e dei caregiver, insieme agli operatori e, ove necessario, ai soggetti del terzo settore. Questo approccio valorizza la dimensione partecipativa della presa in carico, riconoscendo il ruolo attivo della persona e delle sue relazioni nella costruzione del percorso assistenziale.

Il PAI può includere una pluralità di interventi, che spaziano dall'assistenza domiciliare ai servizi sociali, fino ai percorsi riabilitativi, quando necessari. La sua forza risiede proprio nella capacità di coordinare in un unico disegno interventi diversi, evitando sovrapposizioni e discontinuità e garantendo una visione unitaria della cura.

A supporto del PAI si colloca il budget di cura e assistenza, che rappresenta lo strumento attraverso il quale vengono ricondotte a sistema tutte le risorse disponibili per la persona. Questo include servizi sanitari, interventi sociali, risorse territoriali e, più in generale, tutti gli elementi che possono contribuire alla realizzazione del progetto assistenziale. Il budget consente così di costruire risposte flessibili e personalizzate, adattandole ai bisogni specifici della persona e al contesto nel quale essa vive.



Il modello delineato dal Piano è inoltre caratterizzato da una forte dimensione dinamica. Il PAI non è uno strumento statico, ma un percorso che viene monitorato e aggiornato nel tempo, in relazione all'evoluzione delle condizioni della persona. Questa capacità di adattamento rappresenta un elemento fondamentale per garantire continuità assistenziale e appropriatezza degli interventi.

L'introduzione del sistema avviene attraverso una fase di sperimentazione, prevista a partire dal 2027, che consentirà di testare il modello nei territori, verificarne l'efficacia e accompagnarne l'implementazione progressiva. Questa scelta permette di costruire un percorso di attuazione graduale, valorizzando le esperienze e favorendo un adattamento sostenibile delle organizzazioni.

Nel suo insieme, il capitolo definisce un modello di presa in carico che segna un cambiamento significativo rispetto al passato. Il sistema si orienta infatti da una logica centrata sulla prestazione a una logica fondata sul percorso, accompagnando la persona in modo continuativo e integrato.

In questa prospettiva, il Piano introduce una trasformazione sostanziale: dalla semplice erogazione di servizi alla costruzione di un percorso di cura personalizzato, capace di adattarsi nel tempo e di rispondere in modo più completo ai bisogni della persona anziana e della sua famiglia.

È in questa direzione che **Conf Salute Healthcare** riconosce il valore del modello delineato, sostenendo un'evoluzione che renda questi strumenti sempre più operativi, integrati e vicini alle persone, affinché la presa in carico diventi una reale esperienza di continuità, qualità e dignità della cura.



## Proposta di sintesi

### Conf Salute Healthcare

Il Capitolo 4 rappresenta il cuore operativo del Piano, introducendo un modello di presa in carico fondato sulla valutazione multidimensionale e sulla costruzione del Progetto Assistenziale Individualizzato.

In prospettiva, il sistema può evolvere rafforzando:

- il ruolo del PUA come punto di accesso e coordinamento dei percorsi
- l'integrazione tra dimensione sanitaria, sociale e territoriale
- la centralità del PAI come strumento unitario e dinamico di presa in carico
- il coinvolgimento attivo della persona, della famiglia e della rete dei servizi
- l'utilizzo del budget di cura come leva di flessibilità e personalizzazione

L'obiettivo è consolidare il passaggio da un sistema centrato sulla prestazione a un modello fondato su percorsi di cura continui, integrati e adattabili nel tempo, capaci di garantire qualità, appropriatezza e dignità nella risposta alle persone anziane e alle loro famiglie.



## Matrici di processo e sviluppo del sistema dei servizi



Il capitolo dedicato alle matrici di processo rappresenta un passaggio rilevante nel percorso di attuazione del Piano, in quanto introduce una visione organizzata e progressiva dello sviluppo del sistema dei servizi. Attraverso questo impianto, il Piano si propone di accompagnare la costruzione di un modello assistenziale sempre più strutturato, capace di mettere in relazione obiettivi, strumenti e destinatari in modo coerente e funzionale.

All'interno di questa impostazione, emerge con chiarezza la volontà di rafforzare l'offerta dei servizi destinati alla popolazione anziana, con particolare attenzione alla complementarità tra assistenza domiciliare, servizi semiresidenziali e soluzioni residenziali. Questa articolazione consente di disporre di un sistema ampio e flessibile, in grado di rispondere ai diversi livelli di bisogno e di accompagnare la persona lungo le diverse fasi della fragilità.

Il modello delineato dal Piano valorizza in modo significativo il ruolo dell'assistenza domiciliare, riconoscendola come elemento fondamentale per sostenere la permanenza della persona nel proprio contesto di vita. Allo stesso tempo, mantiene un ruolo importante per i servizi residenziali e semiresidenziali, che rappresentano una risposta qualificata nei casi di maggiore complessità assistenziale. Questa impostazione consente di costruire un sistema articolato, nel quale le diverse soluzioni si integrano tra loro per garantire continuità e appropriatezza delle risposte.

In questa prospettiva, il sistema dei servizi può esprimere appieno il proprio potenziale attraverso un ulteriore rafforzamento della rete territoriale integrata. L'integrazione tra assistenza domiciliare, servizi diurni e strutture residenziali consente infatti di costruire percorsi assistenziali più fluidi, nei



quali la persona può essere accompagnata in modo continuo, senza interruzioni o discontinuità tra i diversi livelli di cura.

← 20

Lo sviluppo di una rete territoriale integrata rappresenta quindi una direzione particolarmente significativa. Un sistema capace di mettere in connessione in modo efficace tutte le componenti dell'offerta consente di migliorare la qualità complessiva dell'assistenza, favorendo interventi più tempestivi, più appropriati e più vicini alle esigenze della persona. In questo modello, il territorio assume un ruolo centrale, diventando il luogo nel quale si realizza concretamente la presa in carico e nel quale si coordinano le diverse risposte disponibili.

All'interno di questa rete, le strutture accreditate svolgono un ruolo fondamentale, contribuendo in modo significativo alla continuità assistenziale e alla qualità dei servizi erogati. La loro piena integrazione nel sistema territoriale rafforza la capacità complessiva di risposta, consentendo di valorizzare tutte le risorse disponibili in una logica di collaborazione e complementarità.

Il capitolo, inoltre, si inserisce in un percorso di sviluppo progressivo del sistema, accompagnato da una fase di sperimentazione che consente di testare le modalità operative e di adattarle alle diverse realtà territoriali. Questo approccio favorisce una crescita graduale e sostenibile del modello, valorizzando le esperienze e accompagnando l'evoluzione delle organizzazioni.

Nel suo insieme, il capitolo contribuisce a delineare un sistema dei servizi che si orienta sempre più verso una logica di integrazione e di continuità. L'evoluzione del modello può accompagnare il passaggio da una organizzazione basata su singole prestazioni a una rete di servizi capace di costruire percorsi di cura unitari, nei quali la persona viene accompagnata nel tempo in modo coerente e personalizzato.

È in questa direzione che **Conf Salute Healthcare** riconosce il valore dell'impostazione delineata dal Piano, sostenendo un'evoluzione del sistema che rafforzi ulteriormente

l'integrazione territoriale e la capacità di costruire risposte coordinate, flessibili e orientate alla qualità della vita delle persone anziane e delle loro famiglie.



## Proposta di sintesi

### Conf Salute Healthcare

Si definisce un modello di sviluppo progressivo del sistema dei servizi, fondato sulla complementarità tra assistenza domiciliare, servizi semiresidenziali e residenziali.

In prospettiva, il sistema può evolvere rafforzando:

- l'integrazione tra le diverse tipologie di servizi
- la centralità della rete territoriale nella presa in carico
- la continuità dei percorsi assistenziali lungo le diverse fasi della fragilità
- il ruolo della domiciliarità come primo livello di risposta
- la piena valorizzazione delle strutture accreditate all'interno della rete

L'obiettivo è accompagnare il sistema verso una rete integrata di servizi capace di costruire percorsi di cura unitari, continui e personalizzati, garantendo prossimità, appropriatezza e qualità della risposta alle persone anziane e alle loro famiglie.



## La Prestazione Universale

Il capitolo dedicato alla Prestazione Universale introduce uno degli elementi più innovativi del Piano, configurandosi come uno strumento volto a sostenere in modo diretto le persone anziane non autosufficienti, in particolare nella dimensione della domiciliarità e dell'assistenza quotidiana. La misura si inserisce nel più ampio percorso di rafforzamento delle politiche per la non autosufficienza, con l'obiettivo di offrire un supporto economico integrato e più coerente con i bisogni delle persone.

La Prestazione Universale è concepita come un beneficio che unisce una componente economica di base, corrispondente all'indennità di accompagnamento, a una quota integrativa finalizzata a sostenere il lavoro di cura e assistenza. In questa impostazione si coglie una volontà chiara: quella di favorire la permanenza della persona nel proprio contesto di vita, sostenendo le famiglie e valorizzando il ruolo degli assistenti familiari e dei servizi territoriali.

La misura rappresenta quindi un primo passo verso un modello più strutturato di sostegno alla domiciliarità, capace di collegare il trasferimento economico alla qualità e alla regolarità dell'assistenza. In questo senso, essa contribuisce non solo al miglioramento delle condizioni di vita delle persone anziane, ma anche alla promozione di un sistema più trasparente e qualificato nel lavoro di cura.

All'interno di questo quadro, la Prestazione Universale può esprimere appieno il proprio potenziale attraverso un progressivo ampliamento della sua capacità di integrazione con il sistema dei servizi. Il valore della misura cresce infatti nella misura in cui il sostegno economico si connette in modo strutturato ai percorsi di presa in carico definiti attraverso il PAI, contribuendo a costruire risposte più complete e personalizzate.

In questa prospettiva, la misura può accompagnare una evoluzione verso un modello nel quale il supporto economico non si configura come intervento isolato, ma come parte

integrante di un sistema più ampio, capace di mettere in relazione risorse economiche, servizi territoriali e percorsi assistenziali. Questo consente di rafforzare la coerenza degli interventi e di migliorare l'efficacia complessiva della presa in carico.

Un ulteriore elemento di sviluppo riguarda la progressiva estensione della misura, in modo da ampliare la capacità del sistema di raggiungere una platea sempre più ampia di persone in condizione di bisogno. In questo modo, la Prestazione Universale può consolidarsi come uno strumento strutturale del sistema di welfare, contribuendo a ridurre le diseguaglianze e a garantire una maggiore uniformità delle risposte sul territorio nazionale.

La misura può inoltre svolgere un ruolo importante nel rafforzamento della qualità dell'assistenza, favorendo l'emersione del lavoro regolare e sostenendo l'accesso a servizi qualificati. In questa direzione, la connessione tra la Prestazione Universale e il sistema dei servizi accreditati rappresenta un passaggio strategico, che consente di valorizzare le competenze presenti sul territorio e di garantire standard elevati nella presa in carico.

Nel suo insieme, il capitolo definisce quindi una misura che, pur nella sua fase iniziale e sperimentale, introduce una innovazione significativa nel sistema delle politiche per la non autosufficienza. Il suo sviluppo può accompagnare il passaggio verso un modello più integrato, nel quale il sostegno economico, i servizi e i percorsi assistenziali concorrono in modo coordinato a garantire qualità della vita, autonomia e dignità alle persone anziane.

È in questa direzione che **Conf Salute Healthcare** riconosce il valore della Prestazione Universale, sostenendo un'evoluzione che ne rafforzi progressivamente l'integrazione con il sistema dei servizi e la capacità di rispondere in modo sempre più efficace ai bisogni delle persone e delle loro famiglie.



---

## Proposta di sintesi

### Conf Salute Healthcare

Si introduce la Prestazione Universale come uno strumento innovativo di sostegno alla domiciliarità, integrando una componente economica con il supporto al lavoro di cura e assistenza.

In prospettiva, la misura può evolvere rafforzando:

- l'integrazione con i percorsi di presa in carico definiti dal PAI
- il collegamento tra sostegno economico e qualità dei servizi erogati
- la progressiva estensione della platea dei beneficiari
- la valorizzazione del lavoro di cura regolare e qualificato
- l'integrazione con il sistema dei servizi territoriali e accreditati

L'obiettivo è accompagnare la Prestazione Universale verso un ruolo sempre più strutturale, capace di connettere risorse economiche e servizi in un modello integrato, orientato alla qualità della vita, all'autonomia e alla dignità delle persone anziane e delle loro famiglie.

## Il personale e il rafforzamento delle competenze

Il capitolo dedicato al personale rappresenta un elemento fondamentale per l'attuazione concreta del Piano, poiché riconosce che la qualità dei servizi e l'efficacia della presa in carico dipendono in modo diretto dalla disponibilità, dalle competenze e dall'organizzazione delle risorse umane coinvolte.

Il Piano individua correttamente nei Punti Unici di Accesso uno degli snodi principali del sistema, attribuendo alle équipe integrate – composte da professionalità sanitarie e sociali – un ruolo centrale nei processi di valutazione multidimensionale e nella costruzione dei percorsi assistenziali. In questa impostazione emerge una visione chiara: la presa in carico non è solo un fatto organizzativo, ma un processo che richiede competenze qualificate, integrazione tra profili diversi e continuità operativa.

Il rafforzamento delle professionalità sociali e sociosanitarie nei PUA rappresenta quindi una scelta strategica, in quanto consente di sostenere la piena attuazione dei LEPS e di garantire una risposta più efficace e tempestiva ai bisogni delle persone anziane. L'introduzione di risorse dedicate e l'attenzione alla formazione contribuiscono a costruire un sistema più strutturato e capace di affrontare la crescente complessità della domanda assistenziale.

In questa prospettiva, il sistema può esprimere appieno il proprio potenziale attraverso un progressivo sviluppo di una visione complessiva delle risorse umane, orientata non solo al rafforzamento dei singoli presidi, ma alla costruzione di un modello organizzativo più ampio e integrato. La crescente domanda di assistenza, infatti, richiede una capacità di programmazione delle risorse che tenga conto dell'evoluzione

demografica, della complessità dei bisogni e della necessità di garantire continuità nei servizi.

In questo contesto, può assumere particolare rilievo l'avvio di un percorso di pianificazione strutturata delle professionalità, capace di accompagnare nel tempo lo sviluppo del sistema. Un approccio di questo tipo consente di integrare le esigenze dei diversi livelli – nazionale, regionale e territoriale – e di costruire una visione condivisa del fabbisogno di personale, orientata alla sostenibilità e alla qualità dei servizi.

Parallelamente, il rafforzamento delle competenze rappresenta un elemento altrettanto centrale. La complessità dei percorsi di presa in carico richiede infatti professionalità sempre più qualificate, capaci di operare in contesti integrati e di utilizzare strumenti innovativi. In questa direzione, il sistema può evolvere attraverso lo sviluppo di percorsi formativi continui, orientati all'integrazione tra ambito sociale e sanitario e alla diffusione di metodologie condivise.

Un ulteriore elemento di sviluppo riguarda la valorizzazione di tutte le risorse presenti nel sistema, incluse le strutture accreditate e i soggetti del territorio, che contribuiscono in modo significativo alla gestione dei percorsi assistenziali. La loro integrazione nei modelli organizzativi consente di ampliare la capacità di risposta e di garantire una maggiore continuità nella presa in carico.

In questo quadro, il tema del personale si collega direttamente alla capacità del sistema di essere vicino alle persone. La presenza di équipe integrate, adeguatamente dimensionate e formate, consente infatti di garantire una presa in carico più tempestiva, una migliore qualità degli interventi e una maggiore continuità nei percorsi assistenziali.

Nel suo insieme, il capitolo definisce quindi un percorso importante di rafforzamento delle risorse umane, che può accompagnare l'evoluzione del sistema verso una maggiore capacità di risposta, integrazione e qualità. Il suo sviluppo può orientarsi verso una visione sempre più strutturata e

programmata delle professionalità, capace di sostenere nel tempo l'attuazione del Piano.

È in questa direzione che Conf Salute Healthcare riconosce il valore dell'impostazione delineata, sostenendo un'evoluzione che accompagni il rafforzamento delle competenze e delle risorse umane, affinché il sistema possa garantire risposte sempre più efficaci, integrate e vicine ai bisogni delle persone anziane e delle loro famiglie.

## Proposta di sintesi

### Conf Salute Healthcare

Si riconosce il ruolo centrale del personale nella qualità dei servizi e nella presa in carico integrata, valorizzando le équipes multidisciplinari e il rafforzamento dei PUA.

In prospettiva, il sistema può evolvere rafforzando:

- la programmazione strutturata del fabbisogno di personale
- l'integrazione tra professionalità sociali e sanitarie
- lo sviluppo continuo delle competenze e della formazione
- la valorizzazione delle risorse presenti, incluse le strutture accreditate
- la capacità di garantire continuità e prossimità nei percorsi assistenziali

L'obiettivo è accompagnare il sistema verso un modello di workforce integrato e programmato, capace di sostenere nel tempo qualità, efficacia e continuità della presa in carico delle persone anziane e delle loro famiglie.

## Monitoraggio, sistemi informativi e capacità di misurazione

28

Il capitolo dedicato al monitoraggio e ai sistemi informativi rappresenta un elemento essenziale per il buon funzionamento dell'intero Piano, in quanto consente di accompagnare l'attuazione delle misure e di verificarne nel tempo l'efficacia. La presenza di strumenti di raccolta e analisi dei dati costituisce infatti la base per una governance consapevole, capace di orientare le scelte e di adattare gli interventi alle esigenze emergenti.

Il Piano individua nel Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali e nelle diverse banche dati disponibili gli strumenti principali per la rilevazione delle informazioni relative ai servizi, ai bisogni e alle prestazioni erogate. Questa impostazione consente di costruire una base informativa strutturata, fondamentale per sostenere le attività di programmazione, monitoraggio e rendicontazione.

Allo stesso tempo, il sistema informativo può esprimere appieno il proprio potenziale attraverso un progressivo rafforzamento della capacità di integrazione e di utilizzo dei dati. La disponibilità di informazioni complete, aggiornate e omogenee rappresenta infatti un fattore determinante per garantire una lettura efficace del sistema e per supportare le decisioni a tutti i livelli istituzionali.

In questa prospettiva, può assumere particolare rilievo lo sviluppo di strumenti in grado di rendere i dati sempre più accessibili, leggibili e utilizzabili. La costruzione di una visione condivisa delle informazioni consente non solo di migliorare la qualità della programmazione, ma anche di rafforzare la trasparenza del sistema nei confronti dei cittadini e degli operatori.

Un ulteriore elemento di sviluppo riguarda la capacità di collegare il monitoraggio ai risultati effettivamente raggiunti. Il sistema può evolvere verso una sempre maggiore integrazione tra dati, obiettivi e performance, consentendo di valutare in modo più puntuale l'efficacia degli interventi e di orientare le risorse verso le soluzioni più appropriate.

In questo contesto, la costruzione di strumenti di rappresentazione sintetica e dinamica delle informazioni può contribuire in modo significativo al rafforzamento della governance. L'introduzione di sistemi di visualizzazione chiari e accessibili consente infatti di monitorare l'andamento dei servizi, di individuare tempestivamente le esigenze emergenti e di sostenere un processo decisionale più rapido e consapevole.

Allo stesso tempo, il monitoraggio può diventare uno strumento di integrazione tra i diversi livelli del sistema, favorendo una maggiore coerenza tra indirizzo nazionale, programmazione regionale e attuazione territoriale. La condivisione delle informazioni contribuisce infatti a costruire un linguaggio comune e a rafforzare la responsabilità condivisa nella realizzazione degli obiettivi.

Nel suo insieme, il capitolo definisce quindi una base importante per lo sviluppo di un sistema di monitoraggio strutturato e coerente, capace di accompagnare l'attuazione del Piano nel tempo. Il suo sviluppo può orientarsi verso una maggiore integrazione dei dati, una più elevata qualità delle informazioni e una crescente capacità di tradurre il monitoraggio in uno strumento operativo di governo del sistema.

È in questa direzione che Conf Salute Healthcare riconosce il valore dell'impostazione delineata, sostenendo un'evoluzione che accompagni la costruzione di strumenti sempre più trasparenti, accessibili e orientati ai risultati, in grado di rafforzare la fiducia tra istituzioni, operatori e cittadini.

## Proposta di sviluppo

### Sistema nazionale di monitoraggio evoluto



In questa prospettiva, **Conf Salute Healthcare** ritiene strategico accompagnare il rafforzamento dei sistemi informativi con lo sviluppo di strumenti di monitoraggio avanzati, capaci di rendere il funzionamento del sistema più leggibile e trasparente.



Una possibile evoluzione è rappresentata dalla realizzazione di una **dashboard nazionale**, accessibile ai diversi livelli istituzionali e progressivamente anche ai cittadini, nella quale siano rappresentati in modo chiaro e aggiornato i principali indicatori del sistema. Questo strumento può consentire di visualizzare in tempo reale l'andamento dei servizi, i livelli di presa in carico, i tempi di accesso e la distribuzione delle risorse, contribuendo a rendere il sistema più comprensibile e verificabile.

Parallelamente, può essere rafforzata l'integrazione tra le diverse banche dati, favorendo l'interoperabilità tra sistemi sociali, sanitari e amministrativi. Questo consente di superare le frammentazioni informative e di costruire una visione unitaria dei bisogni e delle risposte, a beneficio della programmazione e della qualità degli interventi.

Un ulteriore sviluppo riguarda la definizione progressiva di indicatori di risultato condivisi a livello nazionale, che possano accompagnare il monitoraggio e sostenere una valutazione più puntuale dell'efficacia del Piano. In questo modo, il sistema di monitoraggio si configura non solo come strumento di controllo, ma come leva di miglioramento continuo.

## Proposta di sintesi

### Conf Salute Healthcare

Si definisce un sistema di monitoraggio fondato sull'utilizzo dei sistemi informativi e delle banche dati, quale base per una governance consapevole e orientata alla programmazione.

In prospettiva, il sistema può evolvere rafforzando:

- l'integrazione e l'interoperabilità dei dati tra ambito sociale e sanitario
- la qualità, completezza e omogeneità delle informazioni
- il collegamento tra monitoraggio, obiettivi e risultati
- la trasparenza e la leggibilità dei dati per istituzioni e cittadini
- l'introduzione di strumenti di visualizzazione dinamica, come dashboard nazionali

31

L'obiettivo è sviluppare un sistema di monitoraggio evoluto, capace di trasformare i dati in uno strumento operativo di governo, miglioramento continuo e rafforzamento della fiducia tra istituzioni, operatori e cittadini.

## Proposta di sintesi

### (Risorse e finanziamento)

Si definisce un impianto finanziario solido, fondato sul Fondo per le non autosufficienze e su un equilibrio tra autonomia regionale e indirizzo nazionale, garantendo le condizioni per l'attuazione progressiva del Piano.

In prospettiva, il sistema può evolvere rafforzando:

- il collegamento tra risorse, obiettivi e risultati
- l'integrazione tra programmazione finanziaria e percorsi di presa in carico (PAI)
- una distribuzione sempre più equa e orientata ai bisogni reali
- la valorizzazione delle risorse territoriali, incluse quelle accreditate e del terzo settore
- la trasparenza e la leggibilità nell'utilizzo dei finanziamenti

L'obiettivo è accompagnare il sistema verso un modello di finanziamento sempre più integrato e orientato agli esiti, capace



di sostenere qualità, continuità ed efficacia nella risposta alle  
persone anziane e alle loro famiglie.



## Nota conclusiva

Il lavoro svolto da **Conf Salute Healthcare** intende offrire un contributo di accompagnamento e di sviluppo al **Piano Nazionale Anziani 2025–2027**, nella convinzione che l'impianto delineato rappresenti un passaggio importante nel percorso di riforma delle politiche per la fragilità e la non autosufficienza.

Dall'analisi condotta emerge un quadro complessivamente solido, capace di introdurre una visione più moderna, integrata e centrata sulla persona. Allo stesso tempo, il Piano può trovare ulteriore forza attraverso un progressivo rafforzamento della misurabilità, della continuità dei percorsi, dell'integrazione territoriale, della valorizzazione di tutti i soggetti dell'offerta e del collegamento tra risorse, organizzazione e risultati.

In questa prospettiva, il contributo qui proposto si colloca in uno spirito di piena collaborazione istituzionale, con l'obiettivo di accompagnare il Piano verso una attuazione sempre più concreta, omogenea ed efficace, capace di garantire alle persone anziane e alle loro famiglie risposte vicine, continue e di qualità.

L'auspicio è che questo lavoro possa rappresentare un utile elemento di confronto e di approfondimento, a sostegno del percorso del **CIPA** e di tutti i soggetti chiamati a dare forma, nei territori, a un sistema di assistenza e cura più forte, più leggibile e più aderente ai bisogni reali del Paese.

