

**“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti.  
Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”  
Progetto promosso dal Ministero del Welfare**

*Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)  
Coordinatore: Cristiano Gori*

**Capitolo 6**

**La porta unica di accesso**

di

*Giovanni Devastato*

*Luglio 2010*

## 1. Introduzione

La riforma del sistema di welfare italiano si è andata caratterizzando negli ultimi anni per l'accentuata localizzazione delle politiche e degli interventi e per un deciso impulso all'attivazione di percorsi assistenziali integrati e convergenti di tipo comunitario incrementando sempre più lo sviluppo di un sistema locale di protezione sociale attiva.

In questo senso esso ha assunto una peculiare configurazione territoriale, connotandosi sempre più come "sistema articolato in una filiera organizzata di servizi differenziati" non più basato su misure risarcitorie post-evento ma centrate su azioni generative e proattive mediante la costruzione di "infrastrutture di cittadinanza" localmente disseminate.

L'implementazione di questa nuova logica ha ridisegnato, pertanto, la geografia della cittadinanza sociale in quanto i sistemi locali di welfare diventano luoghi e processi di realizzazione di diritti sociali ad intonazione universalistica e ad impronta comunitaria. E' in questo frame teorico-normativo che assume rilevanza cruciale il nodo dell'accessibilità ai percorsi assistenziali e delle relative strategie di prossimità dei servizi fino ad introdurre un specifica unità di offerta che, nella architettura multilivello del nuovo prisma del welfare, si incardina in quel segmento che assume la denominazione di *welfare dell'accesso*.

Con questa espressione, infatti, si designa un servizio inteso a riorganizzare in modo nuovo e più evoluto le funzioni tipiche del Segretariato Sociale<sup>1</sup>, in quanto rappresenta il primo livello di accesso al sistema territoriale dei servizi. Il welfare dell'accesso si configura come l'articolazione microterritoriale di un presidio pubblico nel senso di una *infrastruttura socio-sanitaria di base* del territorio all'interno di un bacino omogeneo di riferimento per generare e sostenere percorsi di cittadinanza inclusiva, supporto sociale e legami comunitari.

In questo senso esso costituisce il dispositivo di base che fa leva sulle risorse e sui potenziali locali per allargare gli spazi di esercizio delle capacità di azione delle persone e delle reti con cui interagisce. Non si tratta, dunque, "*dell'ultimo ritrovato à la page, ma deve essere un segmento fondamentale e rivelatore della reale riorganizzazione dell'intero servizio sociale*"<sup>2</sup>.

Nella pratiche correnti su scala regionale si ritrovano diversi riferimenti a sistemi locali di accesso utilizzando svariate formulazioni quali "*porta unitaria di accesso*" o "*porta sociale*" (utilizzata prevalentemente per il settore sociale), "*Punto unico di accesso*" (più riferita ad interventi a carattere sociosanitario) oppure "*Sportello Sociale*" o "*Sportello integrato*". Ne consegue che uno dei primi nodi da sciogliere riguarda l'adozione di una denominazione univoca del dispositivo superando l'attuale giungla lessicale con cui si designano moduli sicuramente affini, ma comunque forieri di implicazioni confusive.

Ci sembra che la formula ormai più utilizzata sulla quale esistono diffusi repertori normativi oltre che un'apprezzabile letteratura scientifica e compilatoria sia quella di **Punto unico di accesso**, detto in acronimo, **PUA**. Già il 24 luglio 2003 in sede di Conferenza Stato-Regioni fu sottoscritta una definizione generale di Pua come di "*un sistema di accoglienza della domanda in grado di*

---

<sup>1</sup> La formula del Segretariato Sociale nel campo dei Servizi sociali ha una lunga storia: essa nasce prevalentemente con una centratura (quasi esclusiva) sulla componente informativa per evolversi solo successivamente in moduli più complessi. E' per questo motivo che, quando si utilizza questa espressione, bisogna contestualizzarla in una declinazione moderna secondo schemi implementativi avanzati come le *porte unitarie di accesso*; per una sua ricostruzione storica e culturale cfr. Fabbri V.-Lippi A., *Il Segretariato Sociale*, Carocci Faber, Roma 2007;

<sup>2</sup> Mirabile M.L. (a cura di), *La nuova Assistenza, Rapporto Ires – V annualità*, Roma, Aprile 2008;

*offrire al cittadino l'opportunità di accedere a tutti i servizi della rete locale nello stesso momento, consentendogli di percorrere, a partire da un solo punto di accesso, l'intera rete dei servizi sia sociali che sanitari”*

Recentemente un gruppo di Regioni è giunto a stabilire un accordo base, condiviso secondo questa formulazione<sup>3</sup> :

*Il punto unico di accesso è una modalità organizzativa, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali non comprese nell'emergenza. Il Pua è costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi ai quali la persona assistita e i suoi familiari devono adempiere.*

In entrambe le definizioni si enfatizzano tre aspetti essenziali: lo snodo di *ingresso* ai servizi, l'*unitarietà* del percorso e delle prestazioni, la *semplificazione* dei passaggi da compiere da parte del cittadino.

## **2. Le maggiori criticità della situazione attuale**

Il primo strumento programmatico che introduce specificatamente questa modalità operativa è stato il Piano sociale nazionale (DPR 3/5/2001) che prevede l'istituzione in ogni ambito sociale territoriale di una porta unitaria di accesso al sistema dei servizi con la finalità di garantire:

- unitarietà di accesso;
- capacità di ascolto;
- informazioni complete ai cittadini in merito ai diritti, alle prestazioni e alle modalità di accesso ai servizi;
- funzione di orientamento;
- funzione di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse del territorio;
- funzione di filtro;
- funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi.

Successivamente col *DPCM 29 novembre 2001* sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza con lo scopo di garantire anche l'equità dell'accesso all'assistenza.

Il *DM 10 luglio 2007* sugli obiettivi prioritari del PSN 2006-08 ha previsto la sperimentazione delle Case della Salute con Sportello unico di accesso per la presa in carico dei pazienti. La *legge finanziaria 2007* ha attivato il Fondo nazionale per le non autosufficienze e il *DM (Solidarietà Sociale) 12 ottobre 2007*, nel ripartire tra le Regioni le relative risorse per l'anno 2007, ha fissato alcune priorità tra cui “

---

<sup>3</sup> Riprendiamo questa definizione perché già oggetto di confronto e condivisione tra nove Regioni italiane (Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Calabria, Sardegna) nel quadro di una Ricerca finalizzata a cura di Agenas, “*Punto unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale*”, in I Quaderni di Monitor- 2° Supplemento al n.. 21/2008, p.13;

*la previsione o il rafforzamento di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza, che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari".* L'impianto è stato sostanzialmente confermato nel D.M. del 6 agosto 2008 pubblicato in G.U. n. 261 dell'1.11.2008 recante *il riparto del Fondo per le non Autosufficienze per gli anni 2008 e 2009.*

Vi è stato, poi, l'Accordo approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 25 marzo 2009 che stabilisce gli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per il 2009 con le relative risorse finanziarie. Tra gli obiettivi indicati vi è anche quello relativo alla Non Autosufficienza per la quale si propone l'incremento e la costituzione, in ambito territoriale, dei Punti unici di accesso, attraverso un rinnovato impulso alle pratiche di accoglienza, ascolto, definizione del piano personalizzato di cura e di verifica degli esiti degli interventi.

Ultimo, in ordine di tempo, è l'Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni relativo al *"Nuovo Patto per la Salute 2010-2012"* ( 23 ottobre 2009) e la sua definitiva approvazione da parte della Presidenza del Consiglio dei Ministri ( 3 dicembre 2009) che prevede il rifinanziamento del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza di € 400 milioni per l'anno 2010. Tale complesso di interventi si muove nella direzione di salvaguardare l'approccio universalistico affinché le persone e le famiglie, in particolare quelle con situazioni di bisogno più acuto o in condizioni di maggiore fragilità, siano messe in grado di poter accedere ai servizi e alle misure disponibili.

A fronte, però, della crescente attenzione a livello nazionale e di una significativa diffusione su scala regionale, registriamo ancora una notevole disomogeneità degli stili attuativi di questo dispositivo nei diversi contesti locali dove queste nuove direttrici di azione trovano modalità applicative diversificate<sup>4</sup>. Infatti un primo gruppo di regioni ha previsto porte d'accesso alle sole prestazioni sociali mentre un secondo gruppo di regioni, più ampio, ha previsto porte unitarie d'accesso alle prestazioni sociali e sociosanitarie.

In ogni caso, per quanto riguarda la normativa specifica sui Pua, la situazione nelle singole Regioni è la seguente:

---

<sup>4</sup> Cfr. Mirabile M.L. (2008), op. cit., in cui si evidenzia empiricamente questa difformità, dovuta alla "presenza di una pluralità multiforme di porte di accesso formali ed informali, sovente sostitutive di una dotazione essenziale di base per il sistema territoriale di riferimento, individuabili molto spesso grazie solo a contatti interpersonali piuttosto che sulla base di informazioni e prassi codificate";

Regioni	Denominazione	Riferimento principale
Abruzzo	Punto Unico di Accesso	PSR 2008 -2010 e Piano sociale reg. 2007 -09
Basilicata	Sportello Unico di accesso ai servizi sociali e sanitari	L.R. 14 .2.2007 n. 4 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale". L.R. 1.7.2008 n. 12 di riordino del SSR.
Campania	Porta Unitaria di Accesso	DGR n. 2006 del 2004
Calabria	Punto Unico di Accesso	Piano reg. per la salute 2004 -06
Emilia -Romagna	Punto Unico di Accesso, Sportello Sociale	PSSR 2007 -2009; DGR 8.2.1999, n. 124 (cure domiciliari) - Del. 432/08
Friuli V. Giulia	Punto Unico Accesso	Piano san. e sociosanitario reg. 2006 -2008
Lazio	Punto Unico di Accesso	D.G.R. n. 433 del 2007 ; D.G.R. 28.01.2008, n. 40 strumento di valutazione multidimensionale regionale.
Liguria	Sportello Integrato Sociosanitario	L.R. 24.5.2006, n. 12; Piano sociale integrato reg. 2007 -2010
Marche	Punto Unico di Accesso	PSR 2007 -2010
Piemonte	Sportello Unico di Accesso ai servizi sociosanitari	PSSR 2007 -2010 e DGR 28 .7.2008 sul Fondo per la non autosufficienza (risorse per Sportelli unici)
Puglia	"Porta unica di accesso" ai servizi sociali e sociosanitari	PSR 2008 -2010; L.R. 3.8.2006 n. 25 "Principi e organizzazione del SSR"; L.R. 10.7.2006 n. 19 sul sistema integrato dei servizi sociali.."
Sardegna	Punto unico di accesso	Piano socio -san. reg. 2006 -08 e DGR n. 8/16 del 21.02.2006
Sicilia	Sportello unificato di accesso (Punto unico di accesso)	Decreto Presidenziale 4.11.2002 - Linee guida per la redazione dei Piani di zona 2001-03, in attuazione della L. 328/2000".
Toscana	Punto unico di accesso e Punti Insieme	Prog. per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente- sett.08
Umbria	Centri di salute e Uffici della Cittadinanza con funzioni di PUA	Piano regionale integrato per la non Autosufficienza 8/6/08 -
Veneto	Sportello integrato	D.G.R. n 39/2006 "Il sistema della domiciliarità. Disposizioni applicative"

Fonte: (adattato da Banchemo A., Il Punto unico di accesso nelle realtà regionali, slide presentata al Convegno Agenas, "Punto unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale", Roma, 1 ottobre 2008)

Perciò, ai fini di una delimitazione chiara del profilo del servizio, può essere di aiuto una decantazione terminologica: con il termine di "*Porta sociale*" ci riferiamo a quei servizi che, all'interno di una pluralità di declinazioni territoriali,<sup>5</sup> si occupano dell'accesso alle sole prestazioni sociali mentre con il termine "*Punto unico di accesso*" (Pua) designeremo quei servizi che si occupano di accesso alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie.<sup>6</sup>

Il presente Paper, per le sue specifiche finalità miranti a codificare servizi che riguardano il trattamento degli stati di non autosufficienza, assumerà la seconda dizione (cioè Pua) in considerazione sia della peculiarità dei bisogni intercettati che della complessità organizzativa dei percorsi da attivare vincolati all'imperativo dell'integrazione socio-sanitaria.

Pertanto, come osservato in precedenza, non esistendo uno schema di indirizzi omogenei a livello centrale, lo scenario nazionale è contrassegnato da una molteplicità diversificata di pratiche sul terreno, per di più ancora in fase sperimentale, per cui siamo lontani da un modello condiviso tale da costituire un quadro di riferimento uniforme in grado di orientare i decisori verso un design riconoscibile e sostenibile di servizio. Tale configurazione "ad assetto variabile" presenta

<sup>5</sup> Richiamiamo, in questa sede, solo alcune delle denominazioni più note: Uffici della cittadinanza, Sportelli Sociali, Uffici di promozione sociale, moduli avanzati di Segretariato Sociale, ecc.

<sup>6</sup> Pesaresi F., La Porta sociale: le tendenze in Italia in Prospettive Sociali e Sanitarie, n.18 – 15 ottobre 2008

inevitabilmente una serie di criticità la cui analisi ci consente di rilevare le principali distonie che ci serviranno per enucleare le possibili ipotesi di cambiamento.

In primo luogo occorre rilevare una *marcata multiformità delle pratiche di sperimentazione in atto* tale da generare forti squilibri territoriali fra le regioni ma anche dentro le regioni ( **criticità 1**); inoltre, vi sono ancora aree del Paese ( in particolare nel Mezzogiorno) in cui stentano a partire questi nuovi dispositivi per cui vi è il concreto rischio della mancata garanzia dei livelli di equità territoriale nell'accesso ai servizi ( **criticità 2**).

L'altro grappolo di questioni riguarda, invece, l'assetto interno del servizio ancora estremamente differenziato sia per quanto riguarda l'impianto organizzativo che i processi di lavoro. Sul piano organizzativo riscontriamo ancora una certa variabilità dovuta alla presenza di almeno due schemi tipologici ( **criticità 3**): il primo, per il quale il Pua è essenzialmente un *luogo fisico*, chiaramente identificabile, in cui si concentrano tutte le attività tipiche di un servizio di accesso ( *modello strutturale*); il secondo, si configura piuttosto come una *modalità organizzativa* basata su un modello di "sistema di rete" in cui la funzione del servizio risiede nella strutturazione integrata e nella governance di tutti i punti di contatto con i cittadini in una logica prevalentemente di *meta-office*<sup>7</sup> ( *modello funzionale/reticolare*).

Anche sul piano dei processi di lavoro non mancano sensibili differenze ( **criticità 4**) riconducibili sostanzialmente a due aspetti: gli approcci tecnico-metodologici e le funzioni specifiche del Pua.

Sul primo punto, due sono le evidenze di maggiore rilievo: da una parte una logica strettamente *prestazionale* in cui prevalgono ancora meccanismi procedurali di stampo burocratico che segmentano il percorso in passaggi puntiformi; dall'altra, una visione *processuale* secondo cui l'aspetto fondamentale è la garanzia della continuità delle cure all'interno di un sistema di appropriatezza dei regimi assistenziali.

Per quanto riguarda le funzioni, invece, l'elemento differenziale nelle pratiche correnti consiste nella presenza o meno della presa in carico del soggetto da parte del punto di accesso: alcuni modelli si collocano in un'ottica di "sistema" secondo cui il Pua costituisce *il luogo di attivazione e non di erogazione* della filiera integrata dei diversi passaggi interconnessi che garantiscono la continuità assistenziale: dalla Segnalazione, alla Valutazione multidimensionale ( UVM), alla predisposizione del Progetto Individualizzato con individuazione del case/care Manager fino alla Presa in carico; l'altro modello, invece, ritiene il Pua già lo strumento per la strutturazione della presa in carico in una logica di welfare "pesante" in cui non si distingue il momento dell'accoglienza e dell'accesso da quello dell'intervento e delle azioni di care.

Da qui la difficoltà a ricondurre ad una rappresentazione omogenea e coerente "*le scelte che i territori hanno fatto sul tema dell'accesso, anche perché, a fronte di riferimenti regionali diffusi, ambiti territoriali e distretti sanitari hanno provveduto ad attivare l'accesso unitario innestandolo sul sistema pre-esistente*"<sup>8</sup>. Se questa è, in una lettura sintetica, la fenomenologia prevalente, bisogna attrezzarsi per superare l'attuale frammentazione delle pratiche per riconoscersi in un quadro di standards condivisi.

<sup>7</sup> In riferimento allo schema organizzativo *a tre lines* (front-office, back-office e meta-office) cfr. Devastato G., Un percorso di innovazione sociale: gli uffici della Cittadinanza in Umbria in *La Rivista del Servizio Sociale –ISTISS* n. 2/2008;

<sup>8</sup> Cicoletti D., Il percorso assistenziale, in Gori C. ( a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Carocci Editore, Roma 2009;

### 3. Le ipotesi di cambiamento e le loro ragioni

Nel panorama nazionale non troviamo un modello univoco di Pua bensì diverse configurazioni sperimentali riconducibili a quattro possibili scenari distintivi di seguito presentati e discussi. Lo spettro delle ipotesi considerate è ricavato, con alcuni aggiustamenti, dalla ricerca documentale e dall'approfondimento metodologico-organizzativo delle sperimentazioni locali in varie realtà regionali e segnatamente seguendo l'ordine dei modelli presentati con l'esclusione ( per ovvi motivi) della prima ipotesi : Marche ( ATS XX- ASUR, Z.T. 11), Sardegna ( ASL 8 di Cagliari), Toscana ( SdS Area Fiorentina).

1. Mantenimento della situazione attuale che non prevede alcun cambiamento;
2. *il modello reticolare secondo cui il Pua è una modalità generale di accoglienza territoriale;*
3. *Il modello sistemico secondo cui il Pua è anche luogo specifico della presa in carico;*
4. il modello struttural-funzionale secondo cui il Pua rappresenta una “macrofunzione complessa” in termini di snodo degli interventi integrati.

I criteri seguiti per la costruzione degli scenari si riferiscono fondamentalmente a tre dimensioni:

1. il *target* di riferimento e le *tipologie* di offerta: in base a questo criterio il Pua può avere o un'impronta *generalista*, in quanto prevede un accesso universale per tutta la popolazione all'insieme complessivo del sistema di offerta disponibile, o una connotazione *settoriale*, perché rivolto prevalentemente a fasce di popolazione ben definite da indirizzare verso tipologie specifiche di servizi, come nel caso della Non Autosufficienza ( *modello dell'accettazione territoriale*);
2. la complessità *dell'articolazione organizzativa interna*: questo criterio riguarda la presenza o meno nel Pua della fase della presa in carico strettamente intesa non solo come primo avvio ma attivazione diretta e gestione del processo assistenziale ( *modello sistemico*);
3. la *dislocazione territoriale* del Pua che può essere di due tipi: una, di tipo *strutturale*, che prevede delle sedi fisiche dedicate, visibili e facilmente raggiungibili e l'altra, in un'ottica più *funzionale*, nella quale l'unitarietà del sistema è data dalla interconnessione funzionale di diverse postazioni di accesso diffuse sul territorio, connotandosi piuttosto come una modalità organizzativa con funzioni complesse e non solo come postazione fisica di tipo frontale (*modello struttural-funzionale*).

#### 3.1. Ipotesi 1: mantenimento della situazione attuale

*La proposta*

Una prima ipotesi non prevede alcun cambiamento, mantenendo sostanzialmente lo status quo. Sotto questo aspetto il livello centrale si limita a proporre indicazioni programmatiche ed operative non vincolanti e a monitorare le diverse situazioni esistenti in modo da avere una panoramica dei singoli modelli regionali. Pertanto alle singole Regioni è lasciata la responsabilità di emanare *Linee guida* per l'attivazione e il funzionamento dei Pua sul proprio territorio.

### *Elementi di discussione*

La motivazione principale di questa opzione risiede nelle difficoltà da parte del governo statale ad aumentare le risorse a disposizione della spesa socio-sanitaria e nella necessità di responsabilizzare le Regioni che di tale spesa hanno competenza. Contro questa ipotesi, invece, stanno tutte le ragioni già riportate nella parte relativa alle principali criticità da cui si evince il rischio di una ricaduta negativa in termini di uniformità dei percorsi, universalità delle risposte e trasparenza delle azioni con conseguente disomogeneità degli stili attuativi nei contesti regionali.

### **Ipotesi 1: griglia valutativa**

<b>Dimensione</b>	<b>Punti di forza e di debolezza</b>
Finanza pubblica	tiene conto delle compatibilità di bilancio
Efficacia	non supera le criticità attuali
Equità	nessun impatto
Differenze territoriali	non riduce le differenze territoriali
Fattibilità	semplice
Welfare futuro	depotenzia la necessità di istituire, dentro una visione universalistica e solidale, un sistema unitario di accesso alla rete dei servizi sociosanitari per i cittadini

### *3.2. Ipotesi 2: modello reticolare*

#### *La proposta*

Questo modello si caratterizza per una diffusa articolazione nel territorio di nodi di accesso all'interno di una modalità organizzativa che prefigura una forte sinergia tra settore pubblico e risorse locali. Una siffatta logica di Pua, a struttura disseminativa, si declina attraverso dei *Punti di Accoglienza Territoriale* (detti anche *Punti di Accettazione Territoriale*) insediati in un sistema che si avvale di più risorse e reti sul piano clinico-terapeutico, psico-sociale e solidaristico per rispondere ai bisogni multidimensionali delle persone che accedono ai servizi.

#### *Mission*



In questa ipotesi il Pua è un *sistema a rete* rivolto a persone fragili sia sotto il profilo dei bisogni di salute che sotto quello del disagio sociale non compresi nell'emergenza e rappresenta il servizio di primo livello a disposizione del cittadino con l'obiettivo di:

- ricondurre ad unità accessi ed interventi parcellizzati da parte dei servizi nel campo delle prestazioni sanitarie, sociali, socio-sanitarie;
- semplificare le procedure burocratico-amministrative;
- garantire ascolto del cittadino per una opportuna e accurata decodifica della domanda;
- garantire l'attivazione del percorso a seconda delle necessità (bisogni semplici o complessi);
- favorire l'interazione e l'integrazione tra Enti diversi.

### *Funzioni*

Le funzioni cardine di questo modello sono:

- accoglienza (Ascolto, Informazione, Accompagnamento);
- orientamento;
- raccolta delle segnalazioni;
- gestione della domanda mediante attivazione diretta di prestazioni in relazioni a bisogni semplici, di gestione delle pratiche e delle procedure amministrative;
- avvio della presa in carico e integrazione con i servizi della rete territoriale e ospedaliera.

### *Attività*

In questo modello il PUA svolge le seguenti attività:

- registrazione dell'accesso;
- decodifica della domanda;
- analisi del bisogno;
- valutazione del livello di complessità del bisogno;
- apertura di una cartella dell'assistito per la prima istruttoria del caso;
- segnalazione del caso complesso con trasmissione di informazioni all'UVM;
- definizione dei percorsi di accompagnamento;
- invio del cittadino ai servizi di competenza.

Nel Pua, pertanto, si effettuano sia la raccolta di informazioni sul caso sia le prime azioni valutative per la distinzione tra bisogni semplici (che richiedono una risposta assistenziale monospecialistica) e complessi (che richiedono interventi sociosanitari di tipo multiprofessionale).

La responsabilità del sistema è in capo alla Direzione del Distretto sanitario e alla Dirigenza (Coordinatore/Responsabile) della Zona Sociale che svolgono entrambi la funzione di regia organizzativa per l'attivazione e il raccordo sia con gli altri organi del governo della domanda (attraverso una programmazione specifica delle attività) sia con i diversi professionisti coinvolti predisponendo procedure e strumenti di tipo strutturale e telematico. In questo caso, un fuoco particolare va rivolto all'attività di formalizzazione di rapporti collaborativi di tipo interistituzionale

attraverso l'adozione di atti vincolanti che incidano sulle singole Organizzazioni ( Convenzioni, Protocolli, Accordi, ecc.).

*Personale (una sede per ambito distrettuale )*

- 2 assistenti sociali;
- 1 infermiere professionale;
- 1 amministrativo;
- Apertura: 6 h. al giorno per 6 gg. Settimanali.

### *3.2.1. Il percorso attuativo*

*Primo anno:*

- coinvolgimento degli Enti istituzionalmente competenti e predisposizione del piano programmatico delle attività attraverso la regia congiunta del Direttore di Distretto e del Responsabile della Zona sociale;
- formazione del personale;
- progettazione di un sistema informatico gestionale.

*Secondo anno:*

- organizzazione di strumenti procedurali, organizzativi e telematici;
- iniziative informative e di comunicazione sociale;
- predisposizione degli strumenti stipulativi per gli Accordi istituzionali;
- individuazione dei nodi di accesso territorializzati e loro progressiva apertura;

*Terzo anno:*

- formalizzazione degli Accordi per l'attivazione della rete multimodale di accesso;
- iniziative informative e di comunicazione sociale;
- apertura a regime dei nodi di accesso.

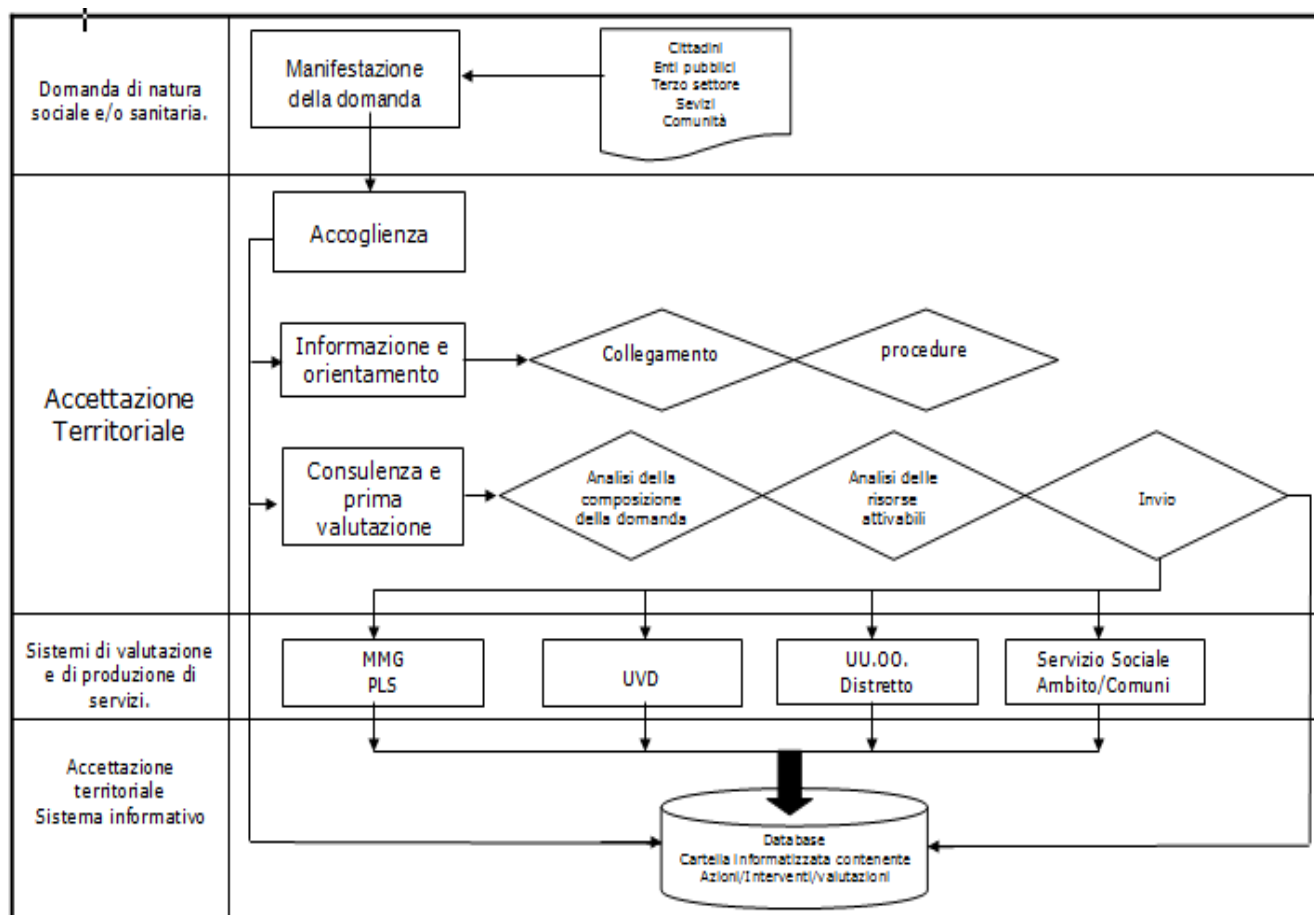
### *3.2.2 Elementi di riflessione*

Il punto di forza del modello risiede nella sua valenza fortemente territorializzata attraverso l'innescio di densi scambi di rete in un'ottica di network governance. Infatti, questo caso fa riferimento all'architettura sistemico-istituzionale per la governance dell'integrazione socio-sanitaria previsti all'interno dei Programmi delle Attività territoriali (*Pat*) e dei Piani di zona (*Pdz*) che vanno declinati in un'ottica programmatica congiunta secondo uno schema unificante e

convergente così come previsto dalla normativa di riferimento (art. 3-quater D.Lgs. 229/99 e art.19 L.328/00). Pertanto, il Pua è espressione di una precisa pianificazione strategica che pone al centro il sistema locale di welfare all'interno di una pluralità di attori e nella globalità delle sue risorse. In tale prospettiva vengono individuate in modo puntuale le funzioni di regia e di governo allocate alle due figure chiave del nuovo welfare localizzato: il Responsabile della Zona Sociale e il Direttore del Distretto sanitario.

Restano più nell'ombra alcuni aspetti sia di organizzazione interna, come, ad es., l'articolazione in front-office e back-office, che di gestione operativa quali l'attivazione della presa in carico e le modalità di accompagnamento delle persone nel loro percorso assistenziale.

## Diagramma di flusso del modello di accettazione territoriale



Dimensione	Punti di forza e di debolezza
Finanza pubblica	richiede un parziale investimento aggiuntivo
Efficacia	consente di raggiungere un numero elevato di potenziali utenti
Equità	è garantita dalla capillarità dei nodi di accesso
Differenze territoriali	aiuta le regioni con minore offerta a dotare il territorio di modalità ravvicinate di accesso sviluppando un sistema integrato di accesso
Fattibilità	- è condizionata dalla rigidità del vincolo di spesa - dipende dalla dotazione di capitale sociale del territorio
Welfare futuro	va nella direzione di costruire un welfare dell'accesso mediante strategie di prossimità territoriale dei servizi

## IPOTESI DEI COSTI ECONOMICI

### Ipotesi 2: un Pua per Ambito distrettuale

*N.B. Visti gli orari di apertura, ipotizzo che il personale sia dedicato a tempo pieno alla struttura.*

*Si considera un Pua ogni 30.000 abitanti, approssimando al numero intero più vicino.*

Regione	Popolazione e 1/1/2009	Distretti i previsti 2009	Popolazione per distretto	Numero di Pua per distretto (1 Pua ogni 30000 abitanti)	Numero pua complessivo	Assistenti sociali	Amministrativi	Infermieri	Costo totale annuo
Piemonte	4.438.402	58	76.524	3	174	2	1	1	20.699.035
Valle d'Aosta/Val l'ée d'Aoste	127.311	4	31.828	1	4	2	1	1	475.840
Lombardia	9.715.434	86	112.970	4	344	2	1	1	40.922.231
Trentino- Alto Adige (a)	1.018.293	33	30.857	1	33	2	1	1	3.925.679
Veneto	4.879.752	53	92.071	3	159	2	1	1	18.914.636
Friuli- Venezia Giulia	1.229.750	20	61.488	2	40	2	1	1	4.758.399
Liguria	1.611.626	19	84.822	3	57	2	1	1	6.780.718
Emilia- Romagna	4.323.915	38	113.787	4	152	2	1	1	18.081.916
Toscana	3.708.189	34	109.064	4	136	2	1	1	16.178.556
Umbria	893.075	12	74.423	2	24	2	1	1	2.855.039
Marche	1.567.169	24	65.299	2	48	2	1	1	5.710.079
Lazio	5.608.229	55	101.968	3	165	2	1	1	19.628.396
Abruzzo	1.329.585	25	53.183	2	50	2	1	1	5.947.999
Molise	320.802	7	45.829	2	14	2	1	1	1.665.440
Campania	5.793.857	72	80.470	3	216	2	1	1	25.695.354
Puglia	4.075.729	48	84.911	3	144	2	1	1	17.130.236
Basilicata	589.516	7	84.217	3	21	2	1	1	2.498.159
Calabria	2.009.221	35	57.406	2	70	2	1	1	8.327.198
Sicilia	5.022.863	55	91.325	3	165	2	1	1	19.628.396
Sardegna	1.666.403	23	72.452	2	46	2	1	1	5.472.159
<b>TOTALE</b>	<b>59.929.121</b>	<b>708</b>	<b>84.646</b>	<b>3</b>	<b>2062</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>245.295.465</b>

Fonti: il numero di distretti è tratto da Agenas, “Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane”, 2009, pg. 29. La popolazione è tratta da demo.istat.it (proiezioni della popolazione, scenario centrale)

**Tab. 1. Criteri per il calcolo del costo del personale**

<b>Assistente sociale: qualifica D1 comparto autonomie locali, CCNL 2009</b>				
Retribuzione tabellare	tredicesima	contributi datore di lavoro	TFR	Totale
21166,71	1763,8925	5503,3446	1584,504633	30018,45173
<b>Amministrativo: qualifica C1 comparto autonomie locali, CCNL 2009</b>				
Retribuzione tabellare	tredicesima	contributi datore di lavoro	TFR	
19454,15	1621,179167	5058,079	1456,305245	27589,71341
<b>Infermiere: qualifica D, comparto sanità 2009</b>				
Retribuzione tabellare	tredicesima	contributi datore di lavoro	TFR	
22093,88	1841,156667	5744,4088	1653,911034	31333,3565
<b>Istruttore direttivo amministrativo: qualifica D1, comparto sanità 2009</b>				
Retribuzione tabellare	tredicesima	contributi datore di lavoro	TFR	
22903,07	1908,589167	5954,7982	1714,485648	32480,94302
UdV				
<b>Costo orario (=costo visita, perché si assume che ogni visita duri un'ora)</b>				
100				

### 3.3. Ipotesi 3: Il modello sistemico

#### *La proposta*

Il Pua, in questa fattispecie, rappresenta un nuovo modello d'assistenza, basato sulla cosiddetta "*presa in carico*" della persona nella complessità e globalità dei bisogni, non solo del singolo ma anche della famiglia e del contesto di riferimento.

Esso si fonda sull'accoglienza delle persone in base ai principi di equità ed unitarietà: l'equità è intesa come garanzia dell'accesso ai servizi ai soggetti più deboli e fragili anche in termini di raggiungibilità, orari di apertura e accoglienza; l'unitarietà dell'accesso si realizza invece attraverso l'integrazione tra gli interventi sanitari e sociali, grazie alla concentrazione in un'unica sede delle prestazioni di cui necessita il soggetto fragile. Così inteso, il Punto Unico di Accesso segna il passaggio da una logica in cui il paziente è "libero" di scegliere tra le offerte sanitarie presenti, ma deve trovare da sé la soluzione più adatta al suo problema, ad una logica in cui spetta ai servizi il compito di dare una risposta complessiva integrata: il paziente, infatti, viene informato sull'offerta dei servizi disponibili e indirizzato verso quello più adatto, attraverso l'elaborazione di un progetto personalizzato.

## *Mission*

Secondo questa ipotesi, il Punto Unico d'Accesso è il luogo dove ogni cittadino può rivolgersi per ottenere informazioni relative ai servizi, alle prestazioni erogate, alle modalità e ai tempi di accesso. E' gestito da uno staff di operatori che ascoltano e analizzano i bisogni dell'utente e dei familiari, individuando con loro il percorso terapeutico più adatto e accompagnandoli in ogni fase del setting assistenziale.

Ne deriva che il Pua garantisce anche *la presa in carico globale* del soggetto "fragile": un luogo al quale fare riferimento per trovare soluzioni alla complessità del suo bisogno di salute e di assistenza.

## *Funzioni*

Il Punto Unico d'Accesso rappresenta lo snodo di riferimento per il paziente e i suoi familiari che hanno necessità di formulare una domanda di assistenza. A volte quest'ultima viene posta in maniera imprecisa e non esprime la reale necessità. Sarà quindi compito del servizio, una volta avvenuto il contatto con l'utente, "decodificare" la sua richiesta per identificare il bisogno in maniera quanto più realistica possibile e per trovare la soluzione più adatta.

Quando il problema rilevato è di bassa complessità, gli operatori intervengono prendendo le decisioni ritenute più appropriate al caso; se, invece, il bisogno si rivela complesso, interviene l'UVM, che indirizza i cittadini ai servizi più appropriati per la predisposizione del percorso terapeutico più idoneo, stabilito nel dettaglio e concordato con l'assistito e con la famiglia, per l'erogazione delle prestazioni previste all'interno della rete sociosanitaria.

In questo caso, la funzionalità del Pua è garantita dal fatto che tutti i professionisti coinvolti accedono a un sistema contenente la scheda completa di ogni paziente, i dati anagrafici, i riferimenti del medico curante e della famiglia, e i servizi sociosanitari in essere. Questa procedura consente la conoscenza immediata e totale della situazione dell'assistito, assicurando quindi la piena uniformità nella successiva rilevazione del bisogno, nella progettazione di un intervento personalizzato, nella programmazione delle attività, nella gestione delle responsabilità e infine nella verifica dei risultati.

La specificità del paziente anziano e/o non autosufficiente, affetto da varie patologie concomitanti, dove lo stato funzionale, la qualità di vita e la prognosi dipendono anche da fattori come la condizione cognitiva-neuropsicologica e la situazione economica, sociale ed ambientale necessita, da un punto di vista clinico, dell'integrazione di servizi sanitari e sociali finalizzati a realizzare piani di intervento individuali.

## *Attività*

Il flusso delle attività<sup>9</sup> si snoda su due assi: i bisogni semplici e i bisogni complessi. Nel primo caso, in presenza di bisogni sanitari semplici, la presa in carico è effettuata dal MMG, dal PLS e dai medici della continuità assistenziale; quando, invece, sono in gioco bisogni sociali

---

<sup>9</sup> Questa parte fa riferimento al modello ( riferito all'ASL 8 di Cagliari) presentato da Frau G., *Il punto unico di accesso come modello organizzativo per la presa in carico delle persone* in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 18 – 15 ottobre 2008

semplici interviene il Servizio Sociale Professionale con l'offerta dei suoi percorsi socio-assistenziali.

Nel secondo caso, trattandosi di bisogni complessi a rilievo sociosanitario, si attiva l'èquipe interprofessionale che procede alla UVM per la definizione del setting assistenziale all'interno di una tempistica ben definita.

Considerata la natura integrata e sistemica del modello, le attività/processi si svolgono in maniera sequenziale e coordinata secondo queste fasi:

- accoglienza a livello di primo front-office per la decodifica della domanda;
- approfondimento della domanda, individuazione del bisogno e definizione del problema a livello di secondo front-office;
- presa in carico da parte dell'UVM;
- creazione di un sistema informatizzato sulla base di un unico data base centralizzato;
- collegamento al sistema di tutti i soggetti della rete sociosanitaria.

#### *Personale (una sede per ambito distrettuale)*

- 2 assistenti sociali;
- 1 medico di assistenza distrettuale;
- 1 amministrativo;
- 1 infermiere professionale.

In questo caso, poiché nel Pua viene anche prevista la Valutazione Multidimensionale, ciascuna UVM è composta da un nucleo base, formato da un medico di assistenza distrettuale (responsabile del percorso assistenziale e della continuità delle cure), e da un operatore sociale del Distretto-Zona Sociale, i quali si avvalgono dell'apporto del Medico di Medicina Generale (o Pediatra di Libera Scelta) del paziente, di almeno un medico specialista, di un altro operatore sanitario specializzato nelle discipline connesse alla tipologia del paziente da valutare.

*Apertura: 6 h. al giorno per 6 gg. Settimanali*

#### *3.3.1 Percorso attuativo*

##### *Primo anno:*

- creare una rete istituzionale e una rete socio-ambientale per la presa in carico attraverso un sistema di governance sociosanitaria;
- ridefinizione organizzativa del comparto socio-sanitario attraverso l'attivazione di una rete integrata a sostegno dei percorsi della presa in carico;
- avvio della dotazione strumentale di tipo informatico-gestionale per la fruizione on line delle informazioni necessarie;
- formazione integrata del personale.

### *Secondo anno:*

- implementazione dell'èquipe professionale di tipo integrato ( operatori sanitari e sociali);
- attivazione delle sedi Pua per singoli distretti;
- messa a regime degli strumenti di collegamento informatico per il monitoraggio dei processi di cura e la valutazione degli esiti;
- iniziative informative e di comunicazione sociale.

### *Terzo anno:*

- messa in rete delle sedi Pua;
- allestimento di un server centrale per la raccolta dati;
- attività di coordinamento tra i Pua.

### *3.3.2. Elementi di discussione*

Il primo elemento da considerare riguarda la definizione di presa in carico non più intesa nel senso tradizionale e, in alcuni casi, ancora presente di curare ( *curing*), ma come prendersi cura ( *caring*) della persona nella globalità e complessità non solo dei suoi bisogni, ma anche della sua famiglia e del contesto di riferimento ( *sequenza: problema, persona, famiglia, ambiente*). In questo modello specifico, pertanto, vi è una concentrazione nel Pua sia dell'accoglienza del soggetto che della gestione del suo percorso assistenziale. Ora, pur ammettendo che la presa in carico costituisce una componente trasversale alle fasi costitutive del processo assistenziale senza configurarla come una fase statica a sé stante, rimane la necessità di prevedere un'articolazione dei modelli di gestione/erogazione dei piani di cura. Infatti, laddove si richiedono interventi e supporti specialistici, da ritenersi aggiuntivi alla fase della prima accoglienza, occorre operare uno spostamento della presa in carico su altri livelli tecnico-operativi del percorso assistenziale attraverso l'individuazione di un case/care manager<sup>10</sup> che garantisca sia l'insieme coordinato degli interventi sia l'efficacia finale del percorso i termini di valutazione di esito dello stesso. Ciò significa che il modello sistemico, per quanto positivamente integrato, rischia di concentrare il complesso sistema di cura in unico snodo totalizzante con il rischio di appesantire le funzioni del Pua: a tale proposito opportunamente alcuni Documenti di Piano regionali collocano la funzione dell'accesso in quello che viene definito “ welfare leggero”<sup>11</sup>, intendendo con questa formula non l'inconsistenza o l'evanescenza del servizio, ma la sua agilità e dinamicità.

Di contro, in una tale ipotesi, il sistema garantisce risposte tempestive ed efficaci tali da soddisfare il bisogno di salute dell'anziano e del disabile e favorisce l'utilizzo delle strutture territoriali, limitando e gestendo in maniera più appropriata il ricorso alle strutture ospedaliere. Da ciò ne consegue che il Pua è fortemente orientato, fin dalle iniziali procedure di accoglienza, alla gestione dei percorsi di cura del cittadino ( laddove siano valutati necessari).

---

<sup>10</sup> La complessità di tali interventi richiede sempre più e in maniera indilazionabile l'individuazione/attivazione di una simile figura al fine di garantire l'unitarietà del processo e l'appropriatezza degli interventi.

<sup>11</sup> Troviamo anche altre formulazioni come: welfare di prossimità o welfare dell'accesso.

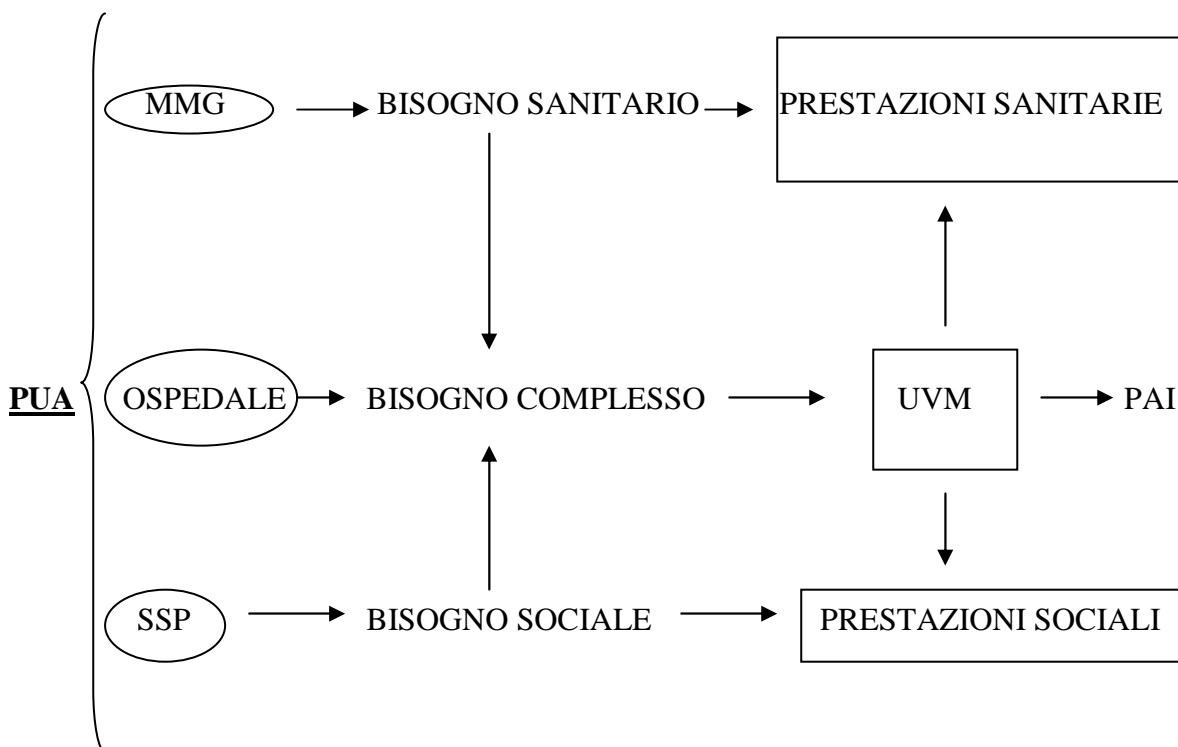


Attraverso il Punto Unico di Accesso quindi, i cittadini non sono più costretti a mettere in atto comportamenti “utilitaristici”, cioè a scegliere il servizio più vicino o meno costoso, ma sarà un soggetto competente a valutarne i suoi bisogni e a disegnarne un profilo per aiutarlo a scegliere il servizio migliore e più appropriato.

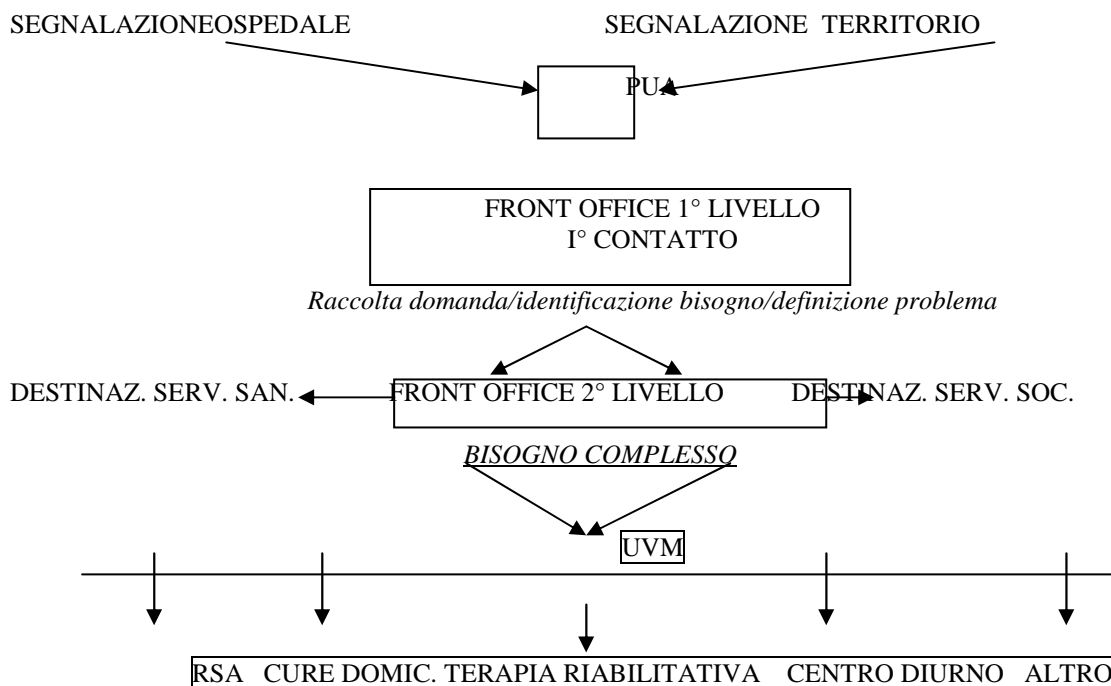
Resta inteso che una configurazione di tipo “olistico” ( in quanto comprensivo anche della presa in carico) presuppone alcuni requisiti essenziali per innescare cambiamenti efficaci:

- sul piano organizzativo;
- sul piano tecnologico;
- sul piano dei processi;
- sul piano degli attori.

### Diagramma di flusso del Pua per la presa in carico



## Il Pua per la presa in carico



### Ipotesi 3: Griglia valutativa

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
Finanza pubblica	richiede un adeguato investimento aggiuntivo
Efficacia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- favorisce l'utilizzo delle strutture territoriali, limitando e gestendo in maniera più appropriata il ricorso alle strutture ospedaliere;</li> <li>- garantisce risposte tempestive e mirate tali da soddisfare il bisogno di salute della persona valutandone i bisogni e aiutandolo a scegliere il servizio migliore e più appropriato.</li> </ul>
Equità	garantisce l'accesso ai servizi ai soggetti più deboli e fragili non solo sul piano dell'accoglienza e dell'ascolto ma anche in termini di raggiungibilità, orari di apertura e riconoscibilità.
Differenze territoriali	aiuta le regioni con livelli organizzativi ancora deboli a organizzare percorsi di cura adeguati attraverso la funzione primaria di un sistema di accesso orientato alla gestione della presa in carico.
Fattibilità	<ul style="list-style-type: none"> <li>- è condizionata dalla rigidità del vincolo di spesa;</li> <li>- presenta alcune difficoltà di tipo organizzativo.</li> </ul>
Welfare futuro	va nella direzione di costruire un sistema di governance dell'offerta socio-sanitaria in una logica unificante e convergente di programmazione locale.

## IPOTESI DEI COSTI ECONOMICI

### Ipotesi 3: un ufficio per ambito distrettuale

*N.B. Per l'UdV si ipotizza un costo di 100 euro per la “presa in carico”, con un tempo per utente pari a un'ora.*

*La domanda potenziale è rappresentata dai disabili residenti in casa secondo l'indagine Istat “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari (2004/2005)”. Il numero di Pua è lo stesso dell'ipotesi 2*

PUA						UDV	
Regione	Numero distretti	Assistenti sociali	Amministratori	Infermieri	Costo totale annuo	Numero disabili 6+ anni residenti in famiglia (migliaia)	Costo annuo UdV
Piemonte	174	2	1	1	20.699.035	190	19.000.000
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	4	2	1	1	475.840	5	500.000
Lombardia	344	2	1	1	40.922.231	337	33.700.000
Trentino-Alto Adige (a)	33	2	1	1	3.925.679	24	2.400.000
Veneto	159	2	1	1	18.914.636	182	18.200.000
Friuli-Venezia Giulia	40	2	1	1	4.758.399	52	5.200.000
Liguria	57	2	1	1	6.780.718	86	8.600.000
Emilia-Romagna	152	2	1	1	18.081.916	171	17.100.000
Toscana	136	2	1	1	16.178.556	179	17.900.000
Umbria	24	2	1	1	2.855.039	48	4.800.000
Marche	48	2	1	1	5.710.079	75	7.500.000
Lazio	165	2	1	1	19.628.396	217	21.700.000
Abruzzo	50	2	1	1	5.947.999	66	6.600.000
Molise	14	2	1	1	1.665.440	18	1.800.000
Campania	216	2	1	1	25.695.354	252	25.200.000
Puglia	144	2	1	1	17.130.236	212	21.200.000
Basilicata	21	2	1	1	2.498.159	33	3.300.000
Calabria	70	2	1	1	8.327.198	105	10.500.000
Sicilia	165	2	1	1	19.628.396	285	28.500.000
Sardegna	46	2	1	1	5.472.159	72	7.200.000
<b>TOTALE</b>	<b>2062</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>245.295.465</b>	<b>2.609</b>	<b>260.900.000</b>

Fonti: il numero di disabili 6+ anni è tratto dall'indagine Istat “ Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari- 2004/2005”.

### 3.4. Ipotesi 4: il modello struttural-funzionale

#### La proposta

E' un servizio rivolto alla totalità dei cittadini per la generalità delle problematiche; è dunque a bassa intensità prestazionale, esplica la sua azione prevalentemente ad un livello promozionale ed esclude una funzione strutturata e complessa di presa in carico che spetta ai successivi livelli dei servizi di welfare in un'ottica di continuità assistenziale. A partire da questo inquadramento, pertanto, il Pua rappresenta una nuova modalità organizzativa di tipo unitaria ed integrata per rispondere alla crescente complessità dei bisogni di salute, attivando un sistema

capillarizzato di presidi di prossimità che, proprio per questa funzione primaria, inverano un livello essenziale del welfare locale: quello dell'accoglienza e dell'accesso ai servizi da parte dei cittadini.

### *Mission*

In questo senso esso costituisce il primo nodo di ingresso al sistema territoriale dei servizi allo scopo di facilitare l'accesso guidato ed unificato alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie prioritariamente rivolto a soggetti che vivono situazioni di fragilità.

In tal modo si viene a prefigurare “*un percorso unico ad accesso multiplo*” o anche un sistema unificato di “*accesso diffuso*” (***modello funzionale/reticolare***) in cui l'unicità non è un semplice connotato spaziale, ma un elemento di tipo organizzativo.

In quest'ultima configurazione, infatti, il Pua diventa piuttosto un livello direzionale e di coordinamento ( governo strategico della rete) di presidi operativi che svolgono una funzione microterritoriale di accoglienza di base.<sup>12</sup>

Ne deriva che i sistemi locali di accesso, nella loro formulazione più avanzata, non sono assimilabili con le operazioni tipiche di uno sportello informativo: non è in gioco semplicemente uno scambio informativo tipico di una postazione front-office, ma una *macrofunzione* più complessa che vuole configurare la “porta unitaria di accesso” alla rete dei servizi con modalità proattive e consulenziali. Ciò presuppone il superamento del modello prestazionale a favore di un approccio relazionale nel senso che il Pua non è tanto un centro erogativo di prestazioni specifiche quanto un luogo di accoglienza centrato sulle dimensioni dell'ascolto attivo, dell'orientamento personalizzato, dell'affiancamento leggero (counseling), della guida relazionale, del supporto sociale e del coordinamento di rete<sup>13</sup>.

Pertanto la finalità del Pua è quella di garantire una reale unitarietà degli interventi facilitando la presa in carico, promuovendo la parità di trattamento e favorendo percorsi personalizzati.

### *Funzioni*

In questa prospettiva le funzioni chiave del Pua possono essere ricondotte alle seguenti dimensioni:

#### 1. informazione conoscenza.

La funzione informativa, che costituisce la base delle attività del Pua, pur senza esaurirsi in essa, comprende tutte quelle attività che, partendo dall'ascolto dei bisogni/richieste dell'utente, informano lo stesso sulle risorse disponibili in un dato territorio e sulle modalità di accesso ai

---

<sup>12</sup> A questo riguardo possiamo citare il “*Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente*” elaborato dalla Regione Toscana ( proposta del settembre 2008) in cui viene disegnato un modello di governance del sistema e un assetto organizzativo articolato su due livelli: un livello strategico-direzionale ( definito PUA) e un livello operativo-funzionale (i cosiddetti Punti Insieme) che costituisce il presidio di prossimità ai cittadini.

Inoltre, in alcuni Regolamenti di funzionamento del Pua ( es.: Società della Salute di Firenze) si fa la distinzione tra il PuaC ( punto centrale) e i PuaT (punti di accesso territoriali), riproducendo in sostanza la proposta regionale summenzionata;

<sup>13</sup> Devastato G., Le funzioni del welfare dell'accesso in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 18 – 15 ottobre 2008;

servizi locali. La funzione informativa può contemplare la risposta a una data domanda, il sostegno all'utilizzo delle informazioni ricevute e l'erogazione di prestazioni di base come il disbrigo pratiche.

Si tratta, perciò, di:

- fornire informazioni aggiornate e tempestive sui servizi e sulle risorse disponibili sul territorio;
- rafforzare la capacità della persona di esprimere la domanda, di conoscere ed operare scelte nel complesso sistema dei servizi incrementando i livelli di consapevolezza (*awareness*)<sup>14</sup>;
- raccogliere e, all'occorrenza, inoltrare le domande di prestazioni ad altri servizi;
- semplificare ed accelerare i percorsi amministrativi insieme a quelli sanitari (es. modulistica e domande per assegno di cura, buono servizio, invalidità etc.).

## 2. Promozione/osservatorio

Uno servizio di accesso svolge una funzione di promozione/osservatorio nel momento in cui esplica una modalità proattiva e di animazione territoriale con l'obiettivo di:

- promuovere all'esterno un servizio e la sua visibilità sul territorio;
- tutelare l'esigibilità dei diritti sociali dei cittadini/utenti e promuovere il corretto utilizzo del Sistema integrato dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari;
- sviluppare reti di partenariato e di "empowerment" territoriale in una logica di rete.

A tale proposito, può svolgere le seguenti attività:

- distribuzione di informazioni sulla disponibilità e/o funzionamento di specifici servizi;
- distribuzione di informazioni rispetto ad opportunità di accesso ai servizi in relazione ad aree di bisogno e azioni di marketing mirato;
- funzioni di osservatorio sui bisogni e sulla situazione globale della zona;
- Attività di monitoraggio della domanda rivolta al servizio.

## 3. Orientamento/accompagnamento

La funzione di orientamento/accompagnamento costituisce una fase più avanzata rispetto a quella informativa e promozionale. Tale funzione si attiva in presenza di richieste o casi che richiedono:

---

<sup>14</sup> È interessante evidenziare come nel Programma "*Aging and Disability Resource Center*", che istituisce una rete di punti unici di accesso per la gestione del *long-term Care System* all'interno del sistema sanitario statunitense, la prima funzione viene denominata significativamente "*Awareness*", includendo, perciò, anche una componente educativa in ordine allo sviluppo di consapevolezza della popolazione-target ( si tratta, infatti, di un processo di *Public education* alla conoscenza del servizio);

- una prima analisi del caso per fornire indicazioni appropriate sul servizio richiesto;
- un procedimento di assessment<sup>15</sup> inteso come prima valutazione del bisogno per orientare correttamente e in modo unitario la domanda mediante l'utilizzo dello strumento del *Contact Assessment*, uno strumento di primo contatto con la persona per lo screening dei suoi bisogni;
- un affiancamento all'utente nella fase di accesso al servizio richiesto (compilazione domanda, contatto con personale del servizio);
- un percorso di facilitazione per la messa in contatto dell'utente con i servizi di 2° livello o l'Uvm nell'eventualità in cui il caso sia di tipo complesso.

#### 4. Accesso/attivazione percorso

L'apprezzabile differenza rispetto alle esperienze pregresse di dispositivi di ingresso consiste nella pregnanza che viene riconosciuta a quest'ultima dimensione: quella dell'accesso nel duplice senso o dell'**attivazione diretta** di risposte (a fronte di *bisogni semplici*) o dell'**avvio guidato** di percorsi (a fronte di *bisogni complessi*); ciò allo scopo di garantire, sulla base di un'analisi di appropriatezza della domanda, una reale fruizione dell'intera filiera di interventi in una "logica di sistema": *accesso, valutazione multidimensionale, Progetto individualizzato, presa in carico, case/care management, continuità assistenziale*. In questo senso il Pua è uno dei luoghi elettivi dove si pratica l'integrazione socio-sanitaria a livello *istituzionale, professionale, gestionale e comunitario* mediante la costruzione di sinergie operative con gli altri servizi e con l'Unità di Valutazione Multidimensionale per l'elaborazione del progetto personalizzato fino alla attivazione della presa in carico strutturata.

Si tratta di operare un viraggio di grande rilievo, passando "dal malato che ruota attorno ai servizi, ai servizi costruiti attorno ai bisogni della persona" (PSN 1998-2000).

Pertanto le attività da garantire a questo livello sono:

- *l'attivazione diretta* di prestazioni in risposta a bisogni semplici;
- *l'avvio guidato* della presa in carico per garantire la continuità assistenziale in integrazione con la rete dei servizi, tramite:
  - una prima valutazione del bisogno;
  - la registrazione dell'accesso e apertura della "*cartella integrata dell'assistito*";
  - l'attivazione dell' UVM per il caso complesso.

#### *Attività*

Procediamo alla descrizione delle attività che sostengono tali funzioni, distinguendole in attività di front-office e di back-office.<sup>16</sup>

<sup>15</sup> Per assessment intendiamo un procedimento metodologico di tipo professionale che coincide con la fase di valutazione iniziale del bisogno, su cui ci soffermeremo più avanti nel testo;

<sup>16</sup> Con ragionevole approssimazione e con le dovute cautele, si potrebbe dire che questa distinzione corrisponde per molti versi alla doppia articolazione sul piano organizzativo che alcune Regioni hanno previsto; per cui le attività di

Le attività di front-office sono tutte quelle azioni ( di tipo frontale, appunto) che si rivolgono direttamente al cittadino e riguardano soprattutto le funzioni informative, orientative e di accompagnamento: è la messa in gioco del servizio rispetto alle richieste/aspettative del cittadino; mentre quelle di back-office riguardano i livelli intra e inter-organizzativi sia dell'èquipe che del lavoro di rete al fine di agire la presa in carico della persona dentro un sistema combinato e cooperativo di servizi territoriali.

In quest'ultimo caso, data la complessità organizzativa della fase, è necessario dotarsi di una serie di strumenti di coordinamento, quali protocolli operativi e/o dispositivi di azione integrata, con lo scopo di identificare responsabilità "certe" nella conduzione "plurale" del percorso garantendo la continuità assistenziale secondo un'ottica di community care<sup>17</sup>.

Di seguito riportiamo le attività più rilevanti del Pua, quali:

- segnalazione;
- ascolto della domanda/analisi del bisogno;
- registrazione dell'accesso mediante una scheda di accesso;
- prima valutazione del bisogno ( attività di assessment);
- apertura/stesura cartella personale;
- invio guidato del caso complesso all'UVM.

Il sistema di accesso può essere alimentato oltre che da contatti diretti dell'utente anche da *segnalazioni* provenienti da altri sportelli tematici o da soggetti terzi (numeri verde, ospedali, medici di medicina generale, servizi sociali comunali, familiari, rete informale, ecc.).

Questi soggetti, contribuendo alla funzione di "*antenna*" sul territorio, possono indirizzare al Pua le richieste a loro pervenute. Tale attività di segnalazione contribuisce a rafforzare il legame tra i diversi soggetti che all'interno della rete locale offrono servizi assistenziali (sociali e sanitari). *Il sistema di segnalazioni* potrà esser codificato e regolato attraverso accordi specifici tra i Pua e gli altri soggetti coinvolti. Inoltre al Pua spetta il compito di compilare una scheda di accesso con lo scopo di raccogliere lo spettro essenziali di informazioni sull'utente e di avviare eventualmente alle fasi di valutazione e presa incarico successive.

La scheda di primo accesso è la base per l'avvio del percorso del cittadino nel sistema dei servizi ed è condivisa dagli operatori dei servizi che successivamente procederanno alla presa in carico e alla definizione dei singoli servizi da erogare. I dati di primo accesso e le informazioni relative a presa in carico e interventi erogati al singolo e al suo nucleo familiare costituiscono i contenuti di una "*cartella integrata dell'assistito*".

---

front-office sono svolte dai centri di primo contatto come presidio di prossimità e accoglienza dei cittadini ( es.: i Punti Insieme della Regione Toscana) mentre quelle di back-office appartengono piuttosto ai livelli di governo e coordinamento centrale ( i cosiddetti Pua di zona); nel nostro caso, invece, le due linee di attività sono compresenti all'interno dello stesso servizio;

<sup>17</sup> Con questo termine, aldilà delle accezioni che ha avuto nel contesto anglosassone ( come strategia di contenimento dei costi), si vuole dare enfasi al concetto di *cure territoriali* come tratto distintivo della cosiddetta *medicina di vicinanza o prossimità*;

La peculiarità di queste azioni documenta il fatto che il Pua debba utilizzare prioritariamente procedimenti di tipo *valutativo*, che, a seconda dei casi, possono essere semplici ( di fronte a situazioni di ordinaria gestione) o complessi ( per casi ad elevata problematicità per i quali si attiva l'UVM).

In ogni modo per entrambe le casistiche è necessario mobilitare competenze professionali adeguate non più riducibili alla produzione seriale di prestazioni standardizzate, ma orientate a garantire la facilitazione, l'attivazione e l'allineamento del complesso delle prestazioni all'interno di una logica progettuale centrata sulla persona dentro il contesto comunitario: si tratta, cioè, di ancorare saldamente il *care planning*, ossia la strategia di intervento, alle risorse disponibili nella comunità di appartenenza<sup>18</sup>.

Affinché ciò si realizzi, è necessario impostare un corretto e appropriato procedimento di *assessment* inteso come *valutazione/accertamento della situazione del soggetto e/o del suo nucleo in vista di un giudizio professionale per la presa di decisione ponderata e rendicontabile*.

A tale proposito uno degli strumenti validati e codificati per la registrazione del primo contatto è l'*InterRAI Contact Assessment*<sup>19</sup>, che consente lo screening iniziale sulla situazione complessiva della persona. In questo senso l'*assessment* si configura come un'attività complessa in quanto mira a valutare contestualmente un corredo di condizioni di partenza, quali:

- l'accertamento dei *requisiti* iniziali del soggetto;
- la valutazione dei *rischi* personali e ambientali;
- la diagnosi dei *bisogni*;
- l'esplorazione del coefficiente di *agency*<sup>20</sup> intesa come capacità di azione sia del soggetto che della sua rete di appartenenza ordinata a fronteggiare i fattori di fragilità attraverso attività di sviluppo di abilità, (enabling/empowerment), di supporto/sostegno (social support) e di protezione (risk assessment).

Dalle risultanze ottenute in sede di *assessment* deriva la richiesta specifica da parte del Pua alla UVM. Per quanto riguarda quest'ultima attività, in molti documenti esaminati, si ritrova ancora l'espressione "*segnalazione*"<sup>21</sup>, che, come abbiamo visto, riguarda il momento in cui il problema viene presentato per la prima volta al Pua; in questo caso, invece, è più corretto parlare di *invio guidato e/o accompagnato* in quanto si tratta non tanto di una mera procedura burocratico-amministrativa né tantomeno di un formale smistamento di un caso ad altro servizio quanto piuttosto di un processo di *accompagnamento mirato* della persona nel suo percorso di presa in

---

<sup>18</sup> Ci si richiama ai nuovi paradigmi del lavoro di cura sempre più incardinato su dinamiche processuali e reticolari con una maggiore curvatura sugli *eventi* piuttosto che sui *prodotti*;

<sup>19</sup> una procedura che fa parte di una Suite di strumenti InterRAI ( si tratta di una rete collaborativa di ricercatori in oltre 30 paesi impegnati a migliorare l'assistenza sanitaria per le persone che sono anziane, fragili, o disabili);

<sup>20</sup> L'espressione "*agency*" sta riscontrando nella letteratura di settore una risonanza di notevole portata in quanto è connesso sia al concetto di *capabilities* ( cfr. Sen A., *La disuguaglianza*, Laterza, Bari 1994) che a quello di *strategie di fronteggiamento* ( coping) (cfr. Folgheraiter F., *Teoria e metodologia del servizio sociale*, Franco Angeli, Milano 1998) o di *competenza ad agire* ( cfr. Colaizzi L., *La competenza ad agire: agency, capabilities e servizio sociale*, Franco Angeli editore, Milano 2006);

<sup>21</sup> Infatti il termine *segnalazione* lo si ritrova nella corrente documentazione sia per indicare la presentazione del caso che viene fatta per la prima volta al Pua sia per intendere la procedura attraverso la quale il caso viene "segnalato" ai livelli successivi ( es.: all'UVM); in questa sede distinguiamo i due momenti, riservando il termine "*segnalazione*" solo alla prima presentazione del caso al servizio di accoglienza, mentre riteniamo più appropriato definire "*invio*" il passaggio ai livelli successivi di intervento del Pua;



carico. In ogni caso, al fine di presidiare i flussi informativi e monitorare gli interventi, è necessario che tale procedura sia formalizzata attraverso delle schede che contengono le informazioni essenziali per definire la domanda di assistenza e avviare tutto il percorso assistenziale.

*Personale:* dislocato in un Pua centrale con punti decentrati

- *PUA centrale:*

- 1 assistente sociale coordinatore;
- 1 medico;
- 1 infermiere professionale;
- 1 istruttore direttivo amministrativo;
- Il Pua centrale non svolgendo funzioni di front-office non prevede apertura al pubblico, ma solo momenti di coordinamento e valutazione 3 volte a settimana per complessive 12 h.

- *Punti decentrati* in base all'estensione della Zona-Distretto:

- 1 assistente sociale che lavora a stretto contatto con il MMG;
- 1 amministrativo.

Apertura: 6 h. al giorno per 6 gg. settimanali

### *3.4.1 Percorso attuativo*

In questa parte viene avanzata un'ipotesi di progressiva implementazione del modello attraverso una declinazione processuale del percorso attuativo ( in un arco temporale triennale) fino alla messa a regime.

Si suggerisce, pertanto, di seguire una *logica incrementale*, propria di un approccio costruttivista a razionalità strategica, in quanto l'innovazione istituzionale si produce attraverso processi gradualistici sorretti da un costante monitoraggio al fine di giungere all' "*analisi di validazione*" finale del modello operativo per procedere, qualora se ne verifichino le condizioni, alla codifica formale del servizio attraverso il suo consolidamento e la sua strutturazione.<sup>22</sup>

Resta implicito il fatto che tale proiezione va calibrata in base alle condizioni di partenza dei vari contesti regionali in quanto ( come abbiamo già osservato) siamo in presenza di uno scenario "*ad assetto variabile*" e quindi con diverse velocità nei processi implementativi dei quadri normativi di riferimento. Infatti, tenendo conto di tali disparità di partenza, nel proporre un sostenibile percorso attuativo, distingueremo tra *avvio del sistema* ( per le Regioni che devono ancora implementare il loro programma) e *sviluppo del modello* (per le Regioni, che invece si trovano in una fase già avanzata di implementazione).

---

<sup>22</sup> Sulle implicazioni programmatiche e metodologiche dell'incrementalismo cfr. SettiBassanini M.C., La logica incrementale in Prospettive Sociali e Sanitarie n.8/2003;

Dalle più recenti indagini sul campo<sup>23</sup>, la principale differenza territoriale che emerge è il tradizionale e, purtroppo, il perdurante divario tra le Regioni del Centro-Nord e quelle del Sud del nostro Paese, ragion per cui diventa necessario prevedere una declinazione articolata e modulare del processo. In ogni caso, il punto di riferimento complessivo per tutte le Regioni è rappresentato dall'obiettivo strategico del triennio, ossia *la costruzione, l'allestimento e la stabilizzazione dei Pua, intesi come primo nodo di ingresso al sistema territoriale dei servizi allo scopo di facilitare l'accesso guidato ed unificato alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie prioritariamente rivolto a soggetti che vivono situazione di fragilità*<sup>24</sup>.

A fronte di tale obiettivo, occorre prevedere alcuni *obiettivi intermedi*, propedeutici al suo raggiungimento, pertanto: *nel primo anno* di attuazione, le Regioni dovrebbero prevedere una serie di azioni di supporto e accompagnamento per *l'avvio e/o lo sviluppo* della rete dei Pua e della loro integrazione con gli altri Servizi al fine di rendere omogenea ed equa la dislocazione territoriale dei dispositivi di accesso per il cittadino al sistema dei servizi e degli interventi sociali e socio-sanitari.

Nel fare questo seguiremo uno schema a doppio binario:

- Per le Regioni in fase di avvio tali azioni si dovrebbero concretizzare attraverso:

- l'individuazione e allestimento delle sedi fisiche;
- il reclutamento di un primo nucleo di figure professionali: medico e assistente sociale;
- la formazione integrata agli operatori per la gestione dei Pua ;
- l'elaborazione di un tracciato-standard per la “*scheda di primo accesso*”, in maniera da uniformare il livello di informazione sulla domanda espressa e rendere i dati comparabili tra i diversi ambiti distrettuali;
- una prima parziale apertura al pubblico.

- Per le Regioni in fase già di sviluppo del modello, invece, le azioni da prevedere sono:

- l'elaborazione di un tracciato-standard per la “*scheda di primo accesso*”, in maniera da uniformare il livello di informazione sulla domanda espressa e rendere i dati comparabili tra i diversi ambiti distrettuali;
- l'accompagnamento nella definizione dei raccordi e nel collegamento tra sistemi informativi regionali e sistemi informativi locali, al fine di garantire la massima integrazione e avviare un percorso di rilevazione e condivisione regionale delle informazioni sulla domanda;
- l'allestimento di un “*borsino delle buone pratiche*” mediante la raccolta e messa a disposizione e confronto di materiali ed esperienze.

Seguendo il precedente schema, *nel secondo anno*, il funzionamento dei Pua, dovrebbe prevedere:

- per le Regioni in fase di avvio:

---

<sup>23</sup> Cfr. Gori C. ( a cura di), Le riforme regionali per i non autosufficienti, Carocci, Roma 2009, Pavolini E., Regioni e politiche sociali per anziani. Le sfide per la non autosufficienza, Il Mulino. Bologna 2004;

<sup>24</sup> Come si ricorderà si tratta della definizione che abbiamo utilizzato nella parte introduttiva;

- l'incremento degli orari di apertura al pubblico e delle modalità di contatto;
- la stabilizzazione del personale previsto;
- l'utilizzo di strumenti di comunicazione e contatto con la cittadinanza, in un'ottica di avvio e rafforzamento della funzione dei Pua, mediante campagne di informazione mirata.

- per le Regioni in fase avanzata:

- la codifica delle azioni di lettura della domanda e dei rispettivi sistemi informativi che consenta la comunicazione tra i diversi servizi nella prospettiva di risposte unitarie e personalizzate ai bisogni delle persone;
- il raccordo e l'allineamento con gli altri soggetti mediante azioni di scambio, collegamento e interconnessione sulla base di protocolli operativi formalizzati;
- lo sviluppo e/o il consolidamento dei rapporti con il Terzo settore e con altri sportelli tematici per aggiornamento e adeguamento delle informazioni sui servizi e gli interventi sociali e socio-sanitari realizzati sul territorio e per avviare e/o consolidare un *sistema organizzato di segnalazione*, come indicato in precedenza.

Sulla base di queste azioni intermedie, nel *Terzo anno* si dovrà pervenire alla stabilizzazione e alla messa a regime del sistema mediante la codifica e la validazione dei processi operativi, degli assetti organizzativi e del sistema di governance locale (*così come indicati nel par. 6.3. relativo alle attività del Pua*).

Pertanto il *cronogramma differenziale* del percorso attuativo potrebbe essere il seguente:

- per le Regioni in fase di avvio

Annualità	Ente referente*	Obiettivo di fase
Prima	Regione	Avvio
Seconda	Ambiti distrettuali	Stabilizzazione
Terza	Regione/Ambiti distrettuali	Messa a regime

\* per Ente Referente si intende il soggetto istituzionale che svolge un ruolo prevalente ma non esclusivo per il raggiungimento dell'obiettivo di fase;

- per le Regioni in fase di sviluppo

Annualità	Ente referente*	Obiettivo di fase
Prima	Ambiti distrettuali	Sviluppo
Seconda	Ambiti distrettuali	consolidamento
Terza	Regione/Ambiti distrettuali	Validazione

\* per Ente Referente si intende il soggetto istituzionale che svolge un ruolo prevalente ma non esclusivo per il raggiungimento dell'obiettivo di fase;

### 3.4.2 Elementi di riflessione

Un primo nodo da sciogliere, per quanto attiene a questo modello, è quello della sede operativa. Infatti abbiamo rilevato in precedenza come potrebbe esistere una strisciante antinomia tra un Pua inteso come luogo fisico e un Pua declinato come una particolare modalità organizzativa.

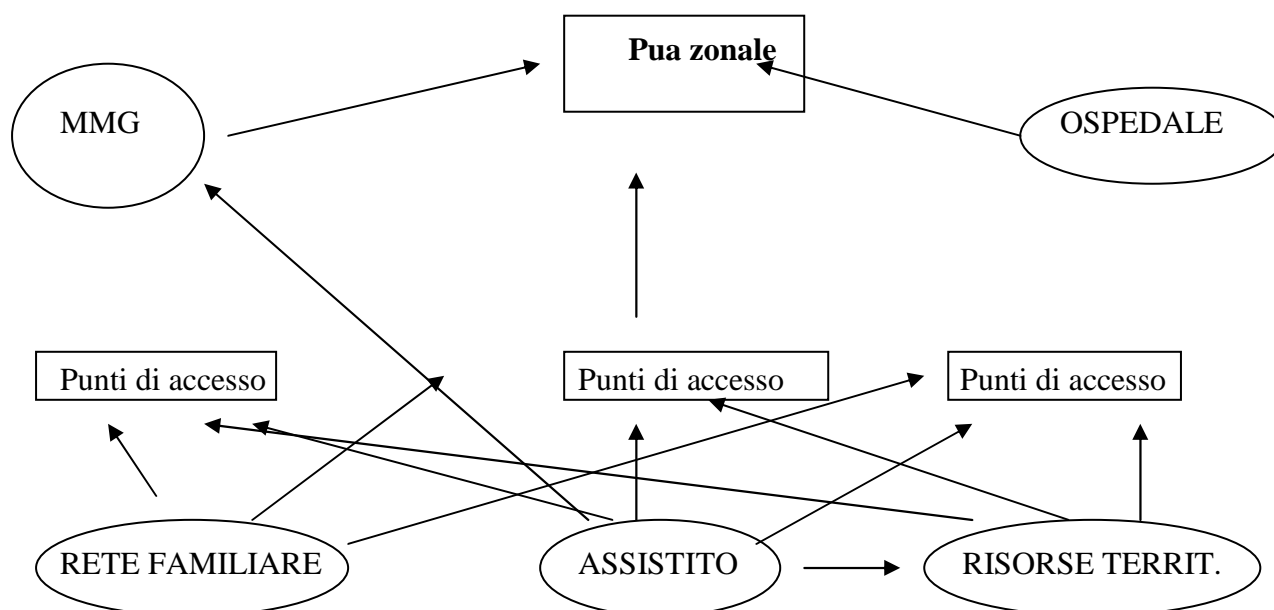
Con quest'ultima espressione s'intende la possibilità di prevedere un Pua funzionale costituito da una costellazione disseminata di "antenne" territoriali che costituiscono i nodi strutturali di "un sistema a rete". In tal modo avremmo due tipologie: l'una che enfatizza maggiormente le dimensioni della struttura e dei prodotti ( *Pua strutturale*); l'altra che accentuerebbe i fattori dei processi e delle funzioni ( *Pua funzionale*). In ogni caso, pur prevedendo una *configurazione strutturale-funzionale*, nel senso di punti strutturali raccordati e governati da un Pua funzionale, rimane il problema logistico di una sede territorialmente riconosciuta che abbia i caratteri *dell'accessibilità, della visibilità e della fruibilità*.

Infatti, nel modello *strutturale-funzionale* il Pua costituisce lo snodo-regia, con funzione di back-office, di una serie di presidi di prossimità che facilitano l'accoglienza e l'orientamento di primo contatto organizzati in forma di front-office. La doppia articolazione delle lines ( front e back) consentirebbe di inverare una funzione più complessa di Pua che non si limita solo ad accogliere il cittadino ed orientarlo, ma svolgerebbe una funzione di *coordinamento intraorganizzativo* (con gli altri servizi per la presa in carico al fine di garantire l'accompagnamento nella continuità assistenziale<sup>25</sup>) e di *raccordo interorganizzativo* (con le risorse locali sia formali che informali).

<sup>25</sup>

E' a questo livello che si pone il tema del ruolo del case management

## DIAGRAMMA DI FLUSSO DEL SISTEMA UNIFICATO DI RETE PER L'ACCESSO



### Ipotesi 4: griglia valutativa

Dimensione	Punti di forza e di debolezza
Finanza pubblica	richiede un adeguato finanziamento aggiuntivo.
Efficacia	Facilita l'accesso guidato ed unificato alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie prioritariamente rivolto a soggetti che vivono situazioni di fragilità.
Equità	Rappresenta una modalità organizzativa in grado di rispondere alla crescente complessità dei bisogni di salute, invertingo un livello essenziale del welfare locale (l'accesso ai servizi da parte dei cittadini) e assicurando ad essi parità di trattamento.
Differenze territoriali	Supporta le Regioni con minore tasso di sviluppo nel campo dei servizi a promuovere in modo incrementale il sistema di offerta al fine di raggiungere standard omogeni.
Fattibilità	<ul style="list-style-type: none"> <li>– è condizionata dalla rigidità del vincolo di spesa;</li> <li>– presenta apprezzabili difficoltà di tipo organizzativo e gestionale.</li> </ul>
Welfare futuro	Va nella direzione di considerare il welfare dell'accesso un livello essenziale attraverso la messa a regime di assetti, procedure e funzioni codificate.

## IPOTESI DEI COSTI ECONOMICI

Ipotesi 4: un ufficio centrale per ogni ambito distrettuale più pua decentrati

Si ipotizza un Pua centrale ogni 50.000 abitanti mantenendo però lo stesso numero di uffici decentrati (uno ogni 15.000 abitanti)

	<b>PUA CENTRALE</b>	PUA DECENTRATI	Costo totale annuo				
Regione	Numero distretti	Popolazione per distretto	Numero Pua centrali per distretto (uno ogni 50000 abitanti circa)	Totale Pua centrali (uno ogni 50.000 abitanti circa)	Assistenti sociali	Infermieri	Istruttori direttivi amministrativi
Piemonte	58	76.524	2	116	1	1	1
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	4	31.828	1	4	1	1	1
Lombardia	86	112.970	2	172	1	1	1
Trentino-Alto Adige (a)	33	30.857	1	33	1	1	1
Veneto	53	92.071	2	106	1	1	1
Friuli-Venezia Giulia	20	61.488	1	20	1	1	1
Liguria	19	84.823	2	38	1	1	1
Emilia-Romagna	38	113.787	2	76	1	1	1
Toscana	34	109.064	2	68	1	1	1
Umbria	12	74.423	1	12	1	1	1
Marche	24	65.299	1	24	1	1	1
Lazio	55	101.968	2	110	1	1	1
Abruzzo	25	53.183	1	25	1	1	1
Molise	7	45.829	1	7	1	1	1
Campania	72	80.470	2	144	1	1	1
Puglia	48	84.911	2	96	1	1	1
Basilicata	7	84.217	2	14	1	1	1
Calabria	35	57.406	1	35	1	1	1
Sicilia	55	91.325	2	110	1	1	1
Sardegna	23	72.452	1	23	1	1	1
<b>TOTALE</b>	<b>708</b>	<b>84.646</b>	<b>2</b>	<b>1233</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

PUA DECENTRATI					Costo totale annuo
Numero di Pua decentrati per distretto (1 Pua ogni 15000 abitanti)	Numero pua decentrati (uno ogni 15000 abitanti)	Assistenti sociali	Amministrativi	Costo annuo	
5	290	1	1	16.706.368	22.506.088
2	8	1	1	460.865	660.856
8	688	1	1	39.634.418	48.234.002
2	66	1	1	3.802.139	5.452.059
6	318	1	1	18.319.397	23.619.140
4	80	1	1	4.608.653	5.608.605
6	114	1	1	6.567.331	8.467.239
8	304	1	1	17.512.882	21.312.699
7	238	1	1	13.710.743	17.110.579
5	60	1	1	3.456.490	4.056.461
4	96	1	1	5.530.384	6.730.326
7	385	1	1	22.179.144	27.678.878
4	100	1	1	5.760.817	7.010.756
3	21	1	1	1.209.771	1.559.755
5	360	1	1	20.738.939	27.938.592
6	288	1	1	16.591.152	21.390.920
6	42	1	1	2.419.543	3.119.509
4	140	1	1	8.065.143	9.815.059
6	330	1	1	19.010.694	24.510.429
5	115	1	1	6.624.939	7.774.883
6	4043	1	1	232.909.812	294.556.832

Nota: risulta un Pua ogni 14823 abitanti. Il numero totale dei Pua decentrati non è esattamente il doppio della proposta 1 per via dell'approssimazione nella definizione del numero di Pua per distretto.

#### *Criteri per il calcolo dei costi*

Per il medico, si è considerato come riferimento la retribuzione oraria di un medico di continuità assistenziale, prevedendo un aumento per eventuali indennità ( si è assunto un parametro di 30 € lorde orari)

Per le altre figure si ritiene che siano assunte presso altre strutture e che siano impiegati nell'ufficio solo 12h. a settim. Di conseguenza si è considerato solo un terzo della loro retribuzione come costo per il Pua Centrale.

## 4. Considerazioni conclusive

Le ragioni per accreditare e promuovere una specifica ipotesi operativa, selezionando uno tra i modelli qui presentati, dipendono, come abbiamo visto, da un grappolo di variabili inerenti aspetti progettuali, metodologici, organizzativi, tecnologici, logistici e, last but not least, finanziari. In ogni caso, aldilà dell'ipotesi che potrà risultare più praticabile, risulta chiaro che vi è una fondata consapevolezza della necessità di garantire uno “spazio” ( fisico e/o organizzativo) in cui le persone anziane e le loro famiglie “possano ricevere le informazioni necessarie ad affrontare i bisogni insorti e di ricomporre i vari servizi e prestazioni erogate nei frammentati sistemi di welfare locale

*ad unitarietà*".<sup>26</sup> E' fondamentale, perciò, anche per garantire l'equità sostanziale su scala nazionale tra tutti i cittadini, definire un quadro di indirizzi al fine di realizzare un sistema nazionale di accesso unificato alle prestazioni socio-sanitarie nel campo della Non Autosufficienza a partire da un'analisi dei modelli regionali che hanno maggiormente investito su questo particolare dispositivo.

I modelli disegnati attestano che una moderna funzione di accesso può esprimere tutta la sua valenza innovatrice sull'attuale sistema ad alcune condizioni:

- una ridefinizione dell'assetto organizzativo in modo da innescare un processo di cambiamento sostanziale del sistema dei servizi esistenti sia sul piano delle culture organizzative ( paradigma reticolare e governo clinico mediante accordi interistituzionali) che su quello dei modelli operativi ( case management e matrice a filiera dei servizi per la continuità assistenziale: VM, Pai per le situazioni complesse);
- l'implementazione di sistemi informativi unici per il supporto ai percorsi attivati e per il monitoraggio e la valutazione di processo e di esito con la dotazione di Ict fondamentali per gestire il presumibile incremento della domanda di intervento indotta dalla disseminazioni dei Pua;
- un adeguato investimento economico, il cui costo prevalente è da ascrivere alle spese per il personale che costituisce la risorsa primaria del servizio. Infatti le figure professionali coinvolte sono operatori sia sociali che sanitari che in genere riguardano figure professionali specifiche: medici, infermieri professionali, assistenti sociali e amministrativi variamente reclutati sia sulla base delle caratteristiche del modello prevalente ( *reticolare, integrato, struttural-funzionale*) che in relazione al monte ore previsto circa gli orari di apertura dei punti di accesso con relativo impiego a tempo parziale o pieno degli operatori<sup>27</sup>.

Rispetto a quest'ultimo punto, occorre osservare che l'introduzione del nuovo sistema di accesso guidato alle cure territoriali dovrebbe in qualche modo fungere da fattore di contenimento della spesa complessiva sia in previsione di un'auspicabile ottimizzazione dei regimi di appropriatezza delle risposte fornite ( in base al ruolo di filtro svolto) sia per l'effetto di una più accurata azione di orientamento delle persone che dovrebbe comportare un'apprezzabile riduzione delle forme di istituzionalizzazione che hanno una maggiore incidenza in termini di costi generali. *In altre parole si tratterebbe di un investimento a redditività differita in quanto il suo impatto economico va considerato nel medio-lungo periodo.*

Ciò potrebbe far concludere che il Pua, oltre ad una maggiore efficacia sul piano dei regimi appropriativi delle risposte, produrrebbe una maggiore efficienza sul piano dell'economicità dei costi.

Del resto questa misura è stata più volte evocata in vari testi istituzionalmente rilevanti, tra i quali citiamo il *Rapporto nazionale sulle strategie per la protezione sociale e l'inclusione - 2006* ( meglio conosciuto come *Piano di azione nazionale contro l'esclusione*) del Ministero del Welfare in cui si fa esplicitamente riferimento all'obiettivo di organizzare servizi saldamente radicati nel territorio

---

<sup>26</sup> Gori C.- Pesaresi F., Il welfare futuro: una mappa del dibattito, in *Network Non Autosufficienza, L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporto 2009*, Maggioli Editore, Sant'Arcangelo di Romagna 2009;

<sup>27</sup> Così come abbiamo descritto nella parte del personale per ogni singolo modello organizzativo



attraverso un approccio di tipo qualitativo che fossero “*in grado di produrre misure e interventi per stimolare e sostenere, attraverso l’inclusione in rapporti sociali ricchi e partecipati, l’autonomia e le capacità individuali. Nell’ambito dello sviluppo del processo di sussidiarietà assumono un’importanza centrale modalità organizzative (quali gli uffici di cittadinanza<sup>28</sup>) che svolgono attività di informazione, supporto e tutela individuale e collettiva sui diritti della persona. Essi devono divenire il vero luogo della “presa in carico della persona” e quindi il primo livello essenziale di assistenza*” .

Pertanto questi percorsi hanno senso se non si connotano solo come riforma estetica e lessicale di un servizio, ma come profonda innovazione di sistema che trovano nel Pua lo snodo fondamentale in ordine alla garanzia dell’accesso ai servizi, all’universalità delle prestazioni e all’esigibilità dei diritti.

## Riferimenti Bibliografici

- Agenas, “*Punto unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale*”, in I Quaderni di Monitor- 2° Supplemento al n.. 21/2008
- Bellentani M.D.- Simonetti R.- Guglielmi E., *Il Punto unico di accesso: scelte regionali in Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 12 – 1 luglio 2009
- Cicoletti D. (2009) *Il percorso assistenziale*, in Gori C. ( a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci.
- Colaianne L. (2006), *La competenza ad agire: agency, capabilities e servizio sociale*, Milano, Franco Angeli.
- Devastato G. (2008), *Le funzioni del welfare dell’accesso*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 18 – 15 ottobre 2008
- Devastato G. (2008), *Un percorso di innovazione sociale: gli uffici della Cittadinanza in Umbria*, in *La Rivista del Servizio Sociale –ISTISS* n. 2
- Devastato G. (2009), *Nel nuovo welfare*, Rimini, Maggioli.
- Fabbri V.-Lippi A. (2007), *Il Segretariato Sociale*, Roma, Carocci.
- Folgheraiter F. (1998), *Teoria e metodologia del servizio sociale*, Milano, Franco Angeli.
- Frau G. (2008), *Il punto unico di accesso come modello organizzativo per la presa in carico delle persone*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n.18 – 15
- Gori C. ( a cura di) (2009), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci.
- Gori C.- Pesaresi F., (2009), *Il welfare futuro: una mappa del dibattito*, in *Network Non Autosufficienza, L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – Rapporto 2009*, Rimini, Maggioli.

---

<sup>28</sup> che nel nostro caso potremmo tradurre con Pua vista l’affinità dei compiti e delle funzioni ( nda).

- Mirabile M.L. ( a cura di), *La nuova Assistenza*, Rapporto Ires – V annualità, Roma , Aprile 2008
- Pavolini E. (2004), *Regioni e politiche sociali per anziani. Le sfide per la non autosufficienza*, Bologna, Il Mulino.
- Pesaresi F. (2008), *La Porta sociale: le tendenze in Italia* in Prospettive Sociali e Sanitarie, n.18 – 15 ottobre.
- Regione Toscana (2008), *Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente*” ( proposta del settembre 2008)
- Sen A. (1994), *La diseguaglianza*, Bari, Laterza.