

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

IL PUNTO UNICO DI ACCESSO

*GIOVANNI DEVASTATO
UNIVERSITA' LA SAPIENZA ROMA*

Indice

1. Finalità e caratteristiche principali del Pua
2. Criticità attuali
3. Principali ipotesi per una riforma del Pua
4. Quadro d'insieme e osservazioni conclusive

Finalità e caratteristiche principali del Pua

finalita'

organizzare un sistema di accoglienza di primo livello in maniera da intercettare i bisogni delle persone derivanti da problemi di salute e fragilità sociale, rendendo effettivamente fruibili i percorsi assistenziali disponibili e consentendo prioritariamente un contatto reale con le fasce svantaggiate della popolazione sul piano delle prestazioni sociali, sanitarie e socio-sanitarie

caratteristiche

- rappresentare per i servizi uno snodo di ingresso ad intonazione universale e ad impronta comunitaria;
- facilitare l'accesso unificato al complesso delle prestazioni non comprese nell'emergenza/ acuzie;
- garantire *l'unitarietà* del percorso e delle prestazioni;
- promuovere la semplificazione dei passaggi da compiere da parte del cittadino, tutelandone i diritti.

Le criticità attuali

- notevole disomogeneità degli stili attuativi di questo dispositivo nei diversi contesti locali all'interno di una configurazione "ad assetto variabile";
- marcata multiformità delle pratiche di sperimentazione in atto tale da generare forti squilibri territoriali;
- sensibile differenziazione dell'assetto interno del Pua per quanto riguarda:
 - l'impianto organizzativo: Pua *luogo fisico e/o modalità organizzativa*;
 - i processi di lavoro: gli approcci tecnico-metodologici e le funzioni specifiche del Pua.

Le principali alternative

Le principali alternative

1. *MANTENIMENTO* DELLA SITUAZIONE ATTUALE SENZA PREVEDERE ALCUN CAMBIAMENTO;
2. *MODELLO RETICOLARE* SECONDO CUI IL PUA E' UNA MODALITA' GENERALE DI ACCOGLIENZA TERRITORIALE;
3. *MODELLO SISTEMICO* SECONDO CUI IL PUA E' ANCHE LUOGO SPECIFICO DELLA PRESA IN CARICO;
4. *MODELLO STRUTTURAL-FUNZIONALE* SECONDO CUI IL PUA RAPPRESENTA UNA "MACROFUNZIONE COMPLESSA" IN TERMINI DI SNODO DEGLI INTERVENTI INTEGRATI.

Alternativa 1: *MANTENIMENTO* DELLA SITUAZIONE ATTUALE SENZA PREVEDERE ALCUN CAMBIAMENTO

capisaldi:

- conserva sostanzialmente lo status quo;
- il livello centrale si limita a proporre indicazioni strategiche ed operative non vincolanti ;
- si procede al solo monitoraggio degli scenari regionali senza ridurre le differenze territoriali;
- si risponde alla necessità di razionalizzare la spesa, responsabilizzando le singole Regioni sul piano programmatico e finanziario.

Alternativa 1

Finanza Pubblica	tiene conto delle compatibilità di bilancio
Efficacia	non supera le criticità attuali
Equità	nessun impatto
Differenziazioni territoriali	non incide sulle disparità 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

Alternativa 2: *MODELLO RETICOLARE* SECONDO CUI IL PUA E' UNA MODALITA' GENERALE DI ACCOGLIENZA TERRITORIALE

capisaldi:

- diffusa articolazione nel territorio di nodi di accesso all'interno di una forte sinergia tra settore pubblico e risorse locali;
- il Pua è un *sistema a rete* la cui regia è in capo agli organi previsti all'interno dei Programmi delle Attività territoriali (*Pat*) e dei Piani di zona (*Pdz*) nell'area dell'integrazione socio-sanitaria;
- rappresenta il servizio di primo livello al fine di garantire l'attivazione dei percorsi assistenziali in base al grado di intensità dei bisogni del cittadino;
- il raccordo tra gli attori locali è regolato da Accordi e/o Intese formalmente stabilite.

Alternativa 2: *MODELLO RETICOLARE*

FUNZIONI

- 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.

ALTERNATIVA 2: IL PERSONALE PREVISTO

FIGURE

PROFESSIONALI:

- 2 assistenti sociali
- 1 infermiere professionale
- 1 amministrativo

*UNA SEDE PER
AMBITO
DISTRETTUALE*

ORARI DI APERTURA:
*6 h. al giorno per 6 gg.
settimanali*

ALTERNATIVA 2: FASI IPOTIZZABILI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO

1°ANNO	2°ANNO	3°ANNO
Coinvolgimento degli Enti istituzionalmente competenti	Organizzazione di strumenti procedurali, organizzativi e telematici	Formalizzazione Accordi Attivazione della rete multimodale di accesso
Formazione mirata del personale	Creazione rete predisposizione Accordi istituzionali	Iniziative informative e di comunicazione sociale
Progettazione di un sistema informatico gestionale	Individuazione dei nodi di accesso e progressiva apertura	Apertura a regime dei nodi di accesso

Alternativa 2

Finanza Pubblica	richiede un <u>parziale</u> investimento aggiuntivo. Ipotesi di costo: € 245.295.465
Efficacia	consente di raggiungere un numero elevato di potenziali utenti
Equità	è garantita dalla capillarità dei nodi di accesso
Differenziazioni territoriali	aiuta le regioni con minore offerta a dotare il territorio di punti ravvicinati di accoglienza sviluppando un sistema integrato di accesso
Fattibilità	<ul style="list-style-type: none"> - 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

ALTERNATIVA 3: MODELLO SISTEMICO SECONDO CUI IL PUA E' ANCHE LUOGO SPECIFICO DELLA PRESA IN CARICO

capisaldi:

- il Pua è il luogo dove ogni cittadino può rivolgersi per ottenere informazioni relative ai servizi;
- è gestito da uno staff di operatori che ascoltano e analizzano i bisogni dell'utente;
- interviene l'UVM, che indirizza i cittadini ai servizi più appropriati per la predisposizione del percorso terapeutico più idoneo;
- garantisce anche *la presa in carico globale* del soggetto.

ALTERNATIVA 3: MODELLO SISTEMICO

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;
- nel caso di bisogni complessi, vi è *la presa in carico* da parte dell'UVM, che indirizza i cittadini ai servizi più appropriati per la predisposizione del percorso terapeutico più idoneo;
- tutti i professionisti coinvolti accedono a un sistema contenente la scheda completa di ogni paziente assicurando la piena uniformità nella progettazione di un intervento personalizzato in un'ottica di forte integrazione socio-sanitaria.

ALTERNATIVA 3: IL PERSONALE PREVISTO

FIGURE

PROFESSIONALI:

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

*UNA SEDE PER
AMBITO
DISTRETTUALE*

ORARI DI APERTURA:
*6 h. al giorno per 6 gg.
settimanali*

ALTERNATIVA 3: FASI IPOTIZZABILI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO

1°ANNO	2°ANNO	3°ANNO
creazione di una rete socio-istituzionale per la presa in carico in un'ottica di governance sociosanitaria e formazione integrata del personale	implementazione dell'èquipe professionale di tipo integrato	messa in rete delle sedi Pua
ridefinizione organizzativa del comparto socio-sanitario per la gestione integrata e continuativa della presa in carico	attivazione delle sedi Pua per singoli distretti con iniziative informative e di comunicazione sociale	allestimento di un server centrale per la raccolta dati
dotazione strumentale di tipo informatico-gestionale per la fruizione on line delle informazioni necessarie	messa a regime degli strumenti di collegamento informatico per il monitoraggio dei processi di cura e la valutazione degli esiti	attività di coordinamento tra i Pua

Alternativa 3

Finanza Pubblica	richiede un <u>adeguato</u> investimento aggiuntivo Ipotesi di costo: € 260.900.000
Efficacia	<ul style="list-style-type: none"> - favorisce l'utilizzo delle strutture territoriali, gestendo in maniera più appropriata il ricorso alle strutture ospedaliere; - garantisce risposte tempestive e mirate
Equità	garantisce l'accesso ai servizi ai soggetti più deboli e fragili garantendo la continuità assistenziale
Differenziazioni territoriali	aiuta le regioni con livelli organizzativi ancora deboli a organizzare percorsi di cura adeguati
Fattibilità	<ul style="list-style-type: none"> - è condizionata dalla rigidità del vincolo di spesa - presenta alcune difficoltà di tipo organizzativo
Welfare futuro	va nella direzione di costruire un sistema di governance dell'offerta socio-sanitaria in una logica unificante e convergente di programmazione locale

ALTERNATIVA 4: *MODELLO STRUTTURAL-FUNZIONALE* SECONDO CUI IL PUA RAPPRESENTA UNA "*MACROFUNZIONE COMPLESSA*" IN TERMINI DI SNODO DEGLI INTERVENTI INTEGRATI

capisaldi:

- il Pua 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;
- rappresenta una modalità di "*accesso diffuso*" in cui *l'unicità* non è un semplice connotato spaziale, ma un elemento di tipo organizzativo;
- si articola in un livello direzionale e di coordinamento (governo strategico della rete) e di presidi operativi che svolgono una funzione microterritoriale di accoglienza di base;
- garantisce una reale unitarietà degli interventi facilitando la presa in carico, promuovendo la parità di trattamento e favorendo percorsi personalizzati.

ALTERNATIVA 4: *MODELLO STRUTTURAL-FUNZIONALE*

FUNZIONI

1. INFORMAZIONE/CONOSCENZA:

- 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;
- semplificare ed accelerare i percorsi amministrativi insieme a quelli sanitari.

ALTERNATIVA 4: MODELLO STRUTTURAL-FUNZIONALE

2. PROMOZIONE/OSSERVATORIO:

- promuovere all'esterno il 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.

ALTERNATIVA 4: MODELLO STRUTTURAL-FUNZIONALE

3. ORIENTAMENTO/ACCOMPAGNAMENTO:

- effettuare una prima analisi del caso per fornire indicazioni appropriate sul servizio richiesto;
- realizzare un affiancamento all'utente nella fase di accesso al servizio richiesto;
- garantire un percorso di facilitazione per la messa in contatto dell'utente con i servizi di 2° livello o l'Uvm

ALTERNATIVA 4: MODELLO STRUTTURAL-FUNZIONALE

4. ACCESSO/ATTIVAZIONE PERCORSO:

- garantire l'attivazione diretta delle prestazioni in risposta a bisogni semplici;
- promuovere *l'avvio guidato* della presa in carico in un'ottica di 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.

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).

ALTERNATIVA 4: IL PERSONALE PREVISTO

Si prevede una doppia articolazione:
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

ALTERNATIVA 4: FASI IPOTIZZABILI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO IN BASE AD UNO SCHEMA A DOPPIO BINARIO 1. PER LE REGIONI IN FASE DI AVVIO

1°ANNO	2°ANNO	3°ANNO
individuazione e allestimento delle sedi fisiche e reclutamento di un primo nucleo di figure professionali (medico e assistente sociale)	l'incremento degli orari di apertura al pubblico e delle modalità di contatto	stabilizzazione del dispositivo
elaborazione di una scheda di primo accesso per la condivisione dei dati	la stabilizzazione del personale previsto	messa a regime del sistema
una prima parziale apertura al pubblico	utilizzo di strumenti di comunicazione mediante campagne di informazione mirata.	codifica e validazione dei processi operativi, degli assetti organizzativi e del sistema di governance locale

ALTERNATIVA 4: FASI IPOTIZZABILI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO IN BASE AD UNO SCHEMA A DOPPIO BINARIO

2. PER LE REGIONI IN FASE DI SVILUPPO

1°ANNO	2°ANNO	3°ANNO
elaborazione di un tracciato-standard per la " <i>scheda di primo accesso</i> "	la codifica dei rispettivi sistemi informativi nella prospettiva di risposte unitarie e personalizzate ai bisogni delle persone	stabilizzazione del dispositivo
definizione dei raccordi tra sistemi informativi regionali e sistemi informativi locali	allineamento con gli altri soggetti sulla base di protocolli operativi formalizzati	messa a regime del sistema
l'allestimento di un " <i>borsino delle buone pratiche</i> " mediante la raccolta e messa a disposizione e confronto di materiali ed esperienze	consolidamento dei rapporti con il Terzo settore e con altri sportelli tematici per avviare e/o consolidare un <i>sistema organizzato di segnalazione</i> e successiva presa in carico	codifica e validazione dei processi operativi, degli assetti organizzativi e del sistema di governance locale

Alternativa 4

Finanza Pubblica	richiede un <u>sensibile</u> investimento aggiuntivo Ipotesi di costo: € 356.203.853
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, inverando un livello essenziale del welfare locale (l'accesso ai servizi da parte dei cittadini) assicurando parità di trattamento
Differenziazioni 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 omogenei
Fattibilità	<ul style="list-style-type: none">- è condizionata dalla rigidità del vincolo di spesa- presenta apprezzabili difficoltà di tipo organizzativo e gestionale
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

Il quadro d'insieme e osservazioni conclusive

Quadro d'insieme

Punteggio da 1 a 4

	<i>Status quo</i>	<i>Modello reticolare</i>	<i>Modello sistemico</i>	<i>Modello strutturale-funzionale</i>
Finanza pubblica	=	+	+++	++++
Efficacia	=	++	+++	++++
Equità	=	+++	+++	++++
Differenziazioni regionali	=	+++	+++	++++
Fattibilità	+++	+++	++	++
Welfare pubblico	+++	+++	++++	++++

osservazioni conclusive

- 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”* (Gori- Pesaresi, 2009);
- 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.

alcune condizioni:

- ❑ 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);
- ❑ implementazione di sistemi informativi unici per il supporto ai percorsi attivati e per il monitoraggio e la valutazione di processo e di esito;
- ❑ adeguato investimento economico, il cui costo prevalente è da ascrivere alle spese per il personale che costituisce la risorsa primaria del servizio.

In questo senso l'innovazione, sul terreno del Pua, *rappresenterebbe* un 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.

Si tratterebbe di un investimento

a redditività differita

in quanto il suo impatto economico va considerato

nel medio-lungo periodo