

# LE FUNZIONI DEI PUNTI UNICI DI ACCESSO

Franco Pesaresi

*Primo articolo per approfondire un tema che ha visto il suo sviluppo nell'ultimo decennio*

## IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE

La normativa nazionale comincia ad occuparsi dei Punti unici di accesso con molto ritardo e solo dopo che diverse Regioni avevano già previsto nelle loro norme tale nuovo modello organizzativo.

Tutto era partito nel corso degli anni novanta quando la semplificazione amministrativa era diventata una costante dell'agenda politica di tutti i governi. L'obiettivo costante era ed è rimasto quello della semplificazione del rapporto fra cittadini e pubblica amministrazione riducendo gli adempimenti e i passaggi amministrativi a carico di cittadini ed imprese e promuovendo lo *snellimento* e la *tempestività* dell'azione amministrativa.

Il primo atto statale in cui si parla di Punti Unici di Accesso è il d.m. Salute del 10 luglio 2007 con cui si approvano le linee guida per l'accesso delle Regioni al finanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale. Lo "sportello unico di accesso" (così viene chiamato la prima volta) viene previsto all'interno della sperimentazione del modello assistenziale "Casa della salute" al fine della integrazione tra attività sanitarie

e attività socio-assistenziali. Attraverso lo sportello unico – si legge – si realizza la presa in carico del paziente tramite l'affido diretto alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale.

Si riparla ancora vagamente di Punti unici con il d.m. Solidarietà sociale del 12 ottobre 2007 con il quale viene ripartito il Fondo per le non autosufficienze del 2007. Nel decreto si invitano le Regioni ad utilizzare i finanziamenti, fra l'altro, per "la previsione o 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'ultimo riferimento è rinvenibile nell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009 con il quale si approvano e si finanziano gli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2009. Uno di questi obiettivi prevede l'incremento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) anche attraverso "la costituzione, in ambito territoriale dei Punti Unici di Accesso (PUA) per la presa in carico delle persone non autosufficienti attraverso la segnalazione

del medico curante, del MMG, dei familiari, dei servizi sociali, dell'utente stesso".

Come è facilmente verificabile si tratta di indicazioni molto scarse che potremmo raccogliere complessivamente nel modo seguente:

- Le Regioni sono invitate a sviluppare la costituzione di Punti Unici di Accesso (PUA) al fine di:
  - semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi;
  - promuovere l'integrazione tra attività sanitaria e attività socio-assistenziale;
  - realizzare la presa in carico del paziente attraverso l'affido diretto alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale.

Vale la pena di sottolineare che la presa in carico, vista la formulazione della frase in cui è collocata (affido diretto) deve essere intesa come garanzia di continuità assistenziale che si esplicita con l'accoglienza della domanda assistenziale da parte del paziente presso il PUA e l'invio diretto, laddove ricorrano le condizioni, ad un percorso che prevede la valutazione a cura dell'unità valutativa multidimensionale o all'erogazione diret-

ta delle prestazioni dove però l'effettiva presa in carico del soggetto assistito viene realizzata da chi effettivamente ha la responsabilità dell'assistenza erogata.

Le indicazioni generiche, collocate peraltro in atti normativi non dedicati e non facilmente reperibili, hanno alimentato un'ampia diversificazione della normativa regionale in materia che in qualche caso ha sconfinato nella confusione.

## DENOMINAZIONE E DEFINIZIONE DEI PUA

Negli ultimi 10 anni si sono sviluppati diversi modelli organizzativi dell'accesso alle prestazioni del *welfare*. Inizialmente si sono sviluppate le "porte sociali" quale strumento per l'accesso alle prestazioni sociali mentre in questi ultimissimi anni il modello organizzativo di riferimento è diventato quello dei "Punti Unici di Accesso" quale porta di entrata per le prestazioni sociali e sociosanitarie e, in qualche caso, anche sanitarie. Attualmente si registra un ampio interesse delle Regioni italiane nei confronti del PUA, che viene identificato da 16 Regioni come uno degli strumenti strategici di intervento per il miglioramento dell'accessibilità ai servizi territoriali.

Nonostante le scarse norme statali abbiano dato indicazione di costituire i Punti Unici di Accesso solo 7 Regioni e quindi una minoranza ha scelto questa denominazione. Altre 9 Regioni hanno scelto altre 6 diverse denominazioni (cfr. tabella 1) per indicare sostanzialmente lo stesso servizio.

Anche le definizioni scelte dalle varie Regioni per indicare i Punti unici sono molto diverse e non tutte rappresentative della effettiva natura del servizio (cfr. tabella 2). Eppu-

Denominazione	Regioni
Punto unico di accesso	Abruzzo, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Sardegna, Sicilia, Toscana
Porta unica di accesso	Campania, Molise, Puglia
Punto unitario di accesso	Calabria
Punto unico di accesso integrato sociosanitario	Lazio
Sportello integrato sociosanitario	Liguria
Sportello integrato	Veneto
Sportello unico sociosanitario	Piemonte
Sportello unico di accesso ai servizi sociali e sanitari	Basilicata

Tabella 1 – Denominazioni regionali degli sportelli di accesso sociosanitari

Note: Non rientra tra i Punti Unici di Accesso lo sportello informativo integrato della Valle d'Aosta (art. 12, l.r. 14/2008) perché si occupa solo di persone con disabilità. La Sicilia prevede inoltre uno sportello distrettuale chiamato Sportello del paziente fragile. L'Umbria mantiene due distinti canali di accesso ai servizi sociosanitari: il Centro di salute e l'Ufficio di cittadinanza che devono ovviamente coordinarsi ma che in questo modo non hanno la caratteristica del Punto Unico (D.C.R. 298/2009). La Campania in due atti (D.G.R. 1317/2009 e l.r. 11/2007) la chiama Porta Unica di Accesso e in altro atto (D.G.R. 41/2011) la chiama Porta Unitaria di Accesso. Non è considerato lo Sportello integrato del Veneto perché si occupa solo di servizi domiciliari.

Fonte: Bibliografia

re in questo caso, pur in assenza di un punto di riferimento normativo, potevano far riferimento al lavoro realizzato dall'Agenzia sanitaria nazionale in collaborazione con alcune Regioni che appare di gran lunga più appropriato ed esaustivo di quella proposta dalle varie Regioni. Secondo il rapporto di ricerca dell'Agenas "La Porta Unica di Accesso (PUA) 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'urgenza. La Porta Unica di Accesso è costruita 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.

La PUA è uno dei luoghi dell'integrazione sociosanitaria, professionale e

gestionale; come tale richiede il raccordo fra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali" (Bellentani *et al.*, 2008).

In realtà, le vere differenze fra un Punto Unico e l'altro sono costituite dalla tipologie di prestazioni che vengono erogate.

Esistono tre diversi modelli:

- il più diffuso (7 Regioni) è quello che prevede l'erogazione di prestazioni sociali, sanitarie e sociosanitarie;
- 4 Regioni hanno previsto l'erogazione solo di prestazioni sociosanitarie;
- 4 Regioni hanno affidato ai punti unici l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie e sociali (cfr. tabella 3). La Regione Veneto, quanto meno nelle deliberazioni di giunta, ha limitato gli interventi all'area della domiciliarità e della residenzialità per disabili.

Nella maggioranza dei casi il PUA offre un'ampia pluralità di servizi ad eccezione di alcuni casi in cui

Regione	Definizione
Abruzzo	Il Punto Unico di Accesso è una risorsa a disposizione del cittadino e degli operatori, per individuare i percorsi efficaci per affrontare i bisogni di ordine sanitario, sociale e sociosanitario, in modo unitario ed integrato.
Basilicata	Lo Sportello unico di accesso ai servizi sociali e sanitari è lo strumento che consente la semplificazione dei percorsi amministrativi nell'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.
Calabria	Il Punto Unitario di Accesso è un organismo unitario, realizzato dalle Aziende sanitarie provinciali (ASP) e dai Comuni, che esprime, in senso figurato, il luogo di ingresso ai servizi territoriali.
Campania	La Porta Unitaria di Accesso rappresenta una risorsa a disposizione del cittadino e degli operatori, attraverso la quale è possibile individuare i percorsi più efficaci per affrontare i bisogni di ordine sanitario, sociale e sociosanitario, in modo unitario ed integrato.
Friuli VG	Il Punto Unico di Accesso rappresenta non tanto un unico luogo fisico al quale gli utenti possono rivolgersi, ma la strutturazione integrata e in rete tra tutti i punti di contatto e di accesso dei cittadini presenti sul territorio.
Lazio	Il Punto Unico di Accesso integrato sociosanitario si caratterizza quale modalità organizzativa che, nell'ottica di fornire risposte integrate complete e appropriate a bisogni semplici ed avviare i percorsi per i bisogni complessi, è funzionale anche alla razionalizzazione dei processi e delle risorse.
Lombardia	Il Punto Unico di Accesso ai servizi sociosanitari e sociali è inteso come modalità di integrazione attraverso strumenti organizzativi e telematici.
Molise	La Porta Unica di Accesso (PUA) 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, anche per situazioni urgenti ma non comprese nell'emergenza. 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 sono spesso costretti ad intraprendere.
Piemonte	Lo Sportello unico sociosanitario si delinea come porta unitaria di accesso del cittadino alle informazioni relative agli ambiti sociale, assistenziale e sanitario e come primo momento di restituzione di interventi.
Puglia	La Porta Unica di Accesso (PUA) è la funzione che garantisce l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari, promuovendo la semplificazione delle procedure, l'unicità del trattamento dei dati, l'integrazione nella gestione del caso, la garanzia per l'utente di un tempo certo per la presa in carico.
Sardegna	Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta il luogo di attivazione della rete socio-sanitaria territoriale. Il PUA garantisce la continuità e la tempestività delle cure alle persone con problemi sociosanitari complessi, cui devono essere fornite risposte multiple di tipo sanitario e sociosanitario.

Tabella 2 – Definizione del PUA nelle diverse Regioni  
Fonte: Bibliografia

Accesso alle prestazioni attraverso il PUA	Regioni
Sociosanitarie	Friuli VG, Liguria, Sardegna, Toscana
Sociosanitarie e sociali	Lombardia, Puglia, Sicilia, Veneto
Sociosanitarie, sociali e sanitarie	Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Marche, Molise, Piemonte

Tabella 3 – PUA: tipologia di prestazioni  
Fonte: Bibliografia

è costituito solo per accedere ai servizi per la non autosufficienza; non possiamo invece considerare PUA – anche se così vengono in qualche caso denominati – i servizi di accesso esclusivamente per le cure domiciliari. Infatti, non può essere denominato “Punto Unico” uno sportello (preesistente) di accesso ad una sola prestazione.

Rileviamo inoltre che le prestazioni sociosanitarie sono garantite da tutti Punti Unici; per il resto ci sono differenze anche importanti perché diversa è l'organizzazione se vengono erogate, per esempio, anche le prestazioni sociali.

Difficile identificare il modello migliore tenendo conto che più crescono le tipologie di prestazioni erogate più aumenta la complessità dell'organizzazione da approntare. Sembrerebbe però di buon senso affermare che i punti unici dovrebbero almeno erogare le prestazioni sociali e sociosanitarie. Sull'integrazione delle risorse sociali e sanitarie per la gestione dei Punti Unici e sulla necessità di erogare le prestazioni sociosanitarie non sembra ci siano dubbi fra tutte le Regioni italiane. Sembrerebbe uno spreco di risorse ed una diseconomia se a queste non si aggiungessero anche le prestazioni sociali.

## LE FUNZIONI DEL PUA

Possiamo parlare di PUA solo se questo si occupa di un ampio spettro di prestazioni. Qualcuno per esempio ha previsto il PUA solo per le cure domiciliari. Un servizio di questo tipo non è un PUA. È semplicemente l'ufficio che si occupa dell'accesso a quel determinato servizio.

Ma quali sono le prestazioni garantite dal PUA?

Secondo un rapporto di ricer-

ca dell'Agenzia sanitaria nazionale (Agenas) "gli obiettivi che un sistema integrato di accesso alle cure territoriali persegue possono essere sintetizzati schematicamente come segue:

- facilitare l'emersione della domanda espressa di salute, aumentando la capacità di attrazione nei confronti di quanti, sul territorio, necessitano di assistenza risultando visibili, facilmente fruibili e idonei all'accoglienza;
- semplificare i passaggi burocratici;
- rispondere alla domanda di salute delle fasce di popolazione svantaggiate, comprese quelle afferenti a popolazione straniera, che non possiedono adeguata conoscenza del sistema, facilitando l'accesso anche attraverso attività di mediazione culturale;
- rendere disponibili informazioni sull'appropriatezza delle prestazioni, puntando sulla competenza dei cittadini;
- identificare gruppi di popolazione a rischio facilitandone il contatto con i servizi sociosanitari;
- promuovere monitoraggi dei bisogni di salute e di assistenza orientati alla costruzione di percorsi di prevenzione della disabilità e di mantenimento delle autonomie possibili;
- promuovere azioni di empowerment rivolte al mantenimento delle risorse personali, delle capacità di scelta personali e della partecipazione all'individuazione del setting assistenziale in grado di garantire la maggiore autonomia possibile della persona in relazione alle sue condizioni di salute e sociali" (Bellentani *et al.*, 2008).

L'attivazione del PUA implica pertanto una riorganizzazione delle procedure amministrative e buro-

cratiche per semplificare i numerosi passaggi ai quali sono obbligati la persona assistita e i suoi familiari, con l'individuazione di responsabilità certe per lo svolgimento coordinato dei diversi iter nella loro interezza. Lo scopo evidente è quello di evitare al cittadino percorsi faticosi e presenze ripetute presso i vari uffici.

Il Punto Unico di Accesso, pertanto:

- fornisce informazioni aggiornate "relative alle diverse opportunità, risorse, prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema, esistenti e accessibili per gli utenti del territorio;
- raccoglie le domande di accesso a prestazioni e servizi e le inoltra, se occorre, agli uffici competenti;
- effettua una prima lettura dei bisogni, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno;
- fornisce le risposte dirette a bisogni semplici e attiva l'UVM quando necessario, per i bisogni complessi" (Bellentani *et al.*, 2008).

Le Regioni italiane non si sono discostate molto dalle indicazioni dell'Agenas identificando un blocco di 3 aree di intervento che hanno raccolto l'adesione della maggioranza delle Regioni insieme ad un'altra area (mappatura e analisi dei dati) che sta crescendo ma che è ancora prevista da un gruppo minoritario di Regioni.

Le quattro aree di intervento più significative previste dalle Regioni sono:

1. *Accoglienza, informazione e orientamento.* Tale funzione, prevista da tutte le Regioni, si esplica con:

- a) accoglienza dell'utenza;
- b) ascolto delle richieste e dei bisogni;

c) prima lettura del bisogno e comunicazione delle informazioni aggiornate relative alle diverse opportunità, risorse prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema esistenti e accessibili per gli utenti del territorio;

d) orientamento del destinatario nella lettura dell'informazione fornita;

e) orientamento verso il canale più adeguato per ottenere una informazione relativa ad altri servizi;

f) raccogliere e, all'occorrenza, inoltrare le domande di prestazioni ad altri servizi.

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/ricieste dell'utente, informano lo stesso sulle risorse disponibili in un dato territorio e sulle modalità di accesso ai 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 (Devastato, 2010). Tale servizio può assumere un duplice aspetto: oltre la semplice comunicazione primaria del dato, informare può voler dire anche supportare l'utente nella lettura dell'informazione fornita, orientandolo sulle risorse disponibili in un dato territorio e sulle modalità di accesso ai servizi locali. In questo senso la funzione informativa può contemplare non solo la risposta a una data domanda, ma anche, nel caso in cui non sia in grado di fornirla direttamente, l'orientamento verso il canale più adeguato per

ottenerla. Nella funzione informativa è altresì compresa l'attività di *call-center* che permette l'erogazione del servizio d'informazione puro senza obbligare l'utente a recarsi al PUA. La funzione informativa dovrà essere supportata con la messa a disposizione di materiale informativo vario, prestampati e modulistica di presentazione dei vari servizi, guide ai servizi e la carta dei servizi (Formez, 2005).

2. *Accompagnamento*. La funzione di accompagnamento si colloca in una fase più avanzata rispetto alla funzione informativa. L'accompagnamento può essere definito come un percorso personalizzato di aiuto, sostegno e orientamento rivolto a cittadini/utenti in condizioni di particolare disagio. Tale funzione, prevista da tutte le Regioni, si esplica con:

- a) una prima analisi del caso per fornire indicazioni appropriate sul servizio richiesto;
- b) l'assistenza dell'utente nella fase di accesso al servizio richiesto, per esempio, con la compilazione della domanda o con l'indirizzare attivamente o accompagnare l'utente verso le strutture erogatrici di servizi (diversi da quelli forniti dal PUA) attraverso la definizione di appuntamenti (per la presa in carico) e con l'attivazione di servizi ed équipe professionali come l'unità valutativa multidisciplinare.

3. *Risoluzione problemi semplici*. Tale funzione, prevista dalla maggioranza delle Regioni, si esplica con la fornitura all'utente di risposte esaustive a bisogni semplici come nel caso dell'accesso amministrativo alle prestazioni (quando per esem-

Funzioni del PUA	Regioni
Informazione e orientamento al cittadino	16. Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli VG, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Sardegna, Toscana, Veneto
Accoglimento delle domande di assistenza, prima valutazione del bisogno, accompagnamento del cittadino e attivazione (avvio presa in carico) dei servizi di competenza (UVM, ecc.)	16. Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli VG, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Sardegna, Toscana, Veneto
Risoluzione problemi semplici	9. Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli VG, Lazio, Marche, Molise, Piemonte, Sicilia
Raccolta ed elaborazione dati e mappatura dei servizi	6. Friuli VG (mappatura), Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Sicilia
Garantisce il raccordo operativo con la UVM, attraverso la gestione dell'agenda, l'organizzazione e la calendarizzazione delle sedute della stessa convocate dalla direzione del distretto	3. Calabria, Puglia, Sardegna
Monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati e delle procedure operative per l'accesso alle prestazioni e ai percorsi assistenziali	2. Lazio, Molise
Presa in carico	2. Puglia, Toscana
Verifica i requisiti di ammissibilità per la predisposizione del PAI	1. Puglia
Comunicazione di esito conclusivo del procedimento di valutazione dell'UVT	1. Sardegna
Valutazione multidimensionale del bisogno e progetto personalizzato di massima	1. Sardegna
Gestisce la banca dati relativa agli assistiti	1. Calabria
Cura le dimissioni protette dall'ospedale	1. Marche
Individua un operatore esperto ( <i>case manager</i> ) che segua le diverse fasi attuative della presa in carico dei disabili e della predisposizione del progetto di vita individualizzato	1. Basilicata
Accesso alle principali procedure amministrative sanitarie (iscrizione SS, esenzioni ticket, assistenza all'estero, percorsi riabilitativi, ass. integrativa, ass. protesica, donazione organi)	1. Molise

Tabella 4 – Le funzioni del PUA nelle Regioni

Note: In Basilicata in ciascun ambito distrettuale, all'interno dello Sportello unico di accesso è previsto il Centro di accesso unico alla disabilità (CAUD) in grado di fornire un approccio centrale ed integrato per la disabilità.

Fonte: Bibliografia

pio basta presentare una domanda con ISEE per accedere senza ulteriore valutazione ad una prestazione).

4. *Osservatorio*. Tale funzione si esplica con l'attività di raccolta

e analisi di dati sulla domanda e sull'offerta di servizi (mappatura) nonché con la ricezione dei reclami dell'utenza. Questa funzione, per ora, è stata prevista da 6 Regioni (cfr. tabella 4).

In casi più rari sono state previste altre funzioni, la principale delle quali, perché prevista da tre Regioni, prevede che il PUA gestisca l'organizzazione e la convocazione dell'UVM. Si tratta di ipotesi da evitare perché confondono il ruolo del PUA sovrapponendolo a quello di altri organismi autonomi e preesistenti.

Una sola regione, il Molise, ha elencato le prestazioni di tipo sanitario che verranno erogate nel PUA. In quella regione il PUA deve essere strutturato in modo da facilitare agli utenti l'accesso ai servizi, con funzioni di *front-office* delle principali procedure amministrative sanitarie (iscrizione al Servizio Sanitario, percorsi riabilitativi, esenzione ticket, assistenza sanitaria all'estero, assistenza integrativa, assistenza protesica, donazione e trapianto organi).

Le funzioni di informazione, orientamento e accompagnamento sono presenti anche in tutte le espe-

rienze di "porte sociali" che si sono realizzate in Italia (Pesaresi, 2008) e questo rende ovviamente molto più facile un lavoro di collaborazione, di integrazione o di fusione che si potrebbe rendere necessario per la realizzazione dei PUA.

La scelta delle Regioni di collocare fra le funzioni essenziali del PUA l'accoglienza, l'informazione, l'orientamento, l'accompagnamento e la risoluzione diretta dei problemi semplici è condivisibile. La quarta funzione relativa all'osservatorio va prevista ma ridimensionata dato che è assolutamente necessario disporre di una mappatura dei servizi pubblici e privati presenti nel territorio per poter informare ed orientare adeguatamente il cittadino. La funzione di raccolta ed analisi dati va invece limitata alla sola e doverosa gestione delle schede di accesso dei cittadini che si presentano al PUA senza pensare a compiti come la gestione del

percorso del paziente che spetta, per competenza, a chi si prende in carico l'assistito.

*La presa in carico spetta al PUA?* Alcuni hanno ipotizzato, soprattutto il rapporto di ricerca dell'Agemas, che il PUA dovrebbe occuparsi anche di presa in carico<sup>1</sup>. Questo è il nodo più importante relativo alle funzioni del PUA che discrimina fra un modello organizzativo ed un altro. Nell'ipotesi largamente prevalente il modello prescelto prevede che il PUA costituisca il luogo di attivazione e non di erogazione degli interventi che garantiscono la continuità assistenziale. Nell'altro modello il PUA viene invece inteso come lo strumento per la strutturazione diretta "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 cu-



Il salone pilota per il settore dell'assistenza geriatrica

## ALTENPFLEGE 2013

Norimberga, Germania 9 - 11.4.2013

**PRENDETE NE NOTA SUBITO:  
È IL VOSTRO APPUNTAMENTO  
PER IL 2013!**

- Per il Vostro know-how: congressi specialistici e workshop
- Per la Vostra azienda: prodotti innovativi per l'intero settore
- Per il Vostro network: scambio professionale ad altissimo livello
- Per il Vostro successo: career center con borsa del lavoro

[altenpflege-messe.de](http://altenpflege-messe.de)

Informazioni  
NürnbergMesse Italia S.r.l.  
Tel. +39.02.28 51 01 06  
Fax +39.02.28 50 76 23  
[info@nm-italia.it](mailto:info@nm-italia.it)

NÜRNBERG MESSE



Area geografica	Punto informativo e di orientamento	Sportello per gli aspetti amministrativi	Modalità organizzativa per l'avvio e l'accesso ai servizi con convocazione dell'UVD	Svolgimento dell'intero processo organizzativo di presa in carico
Nord est	65,9%	44,7%	62,6%	33,3%
Nord ovest	80,6%	58,2%	63,4%	29,1%
Centro	66,3%	23,8%	79,2%	34,7%
Sud e isole	58,5%	33,5%	67,5%	39,6%
<b>Totale</b>	<b>66,7%</b>	<b>40,0%</b>	<b>67,5%</b>	<b>34,9%</b>

Tabella 5 – Funzioni attuali dei PUA

Fonte: Bellentani *et al.* (2011), ricerca Agenas sui distretti sanitari

ra” (Devastato, 2010). Questo secondo modello è seguito dalla regione Toscana (Pasquinelli, Dessi, 2012) per le sole prestazioni per gli anziani non autosufficienti. Secondo l'Agenas infatti, “per un corretto funzionamento il Punto Unico di Accesso deve poter garantire l'individuazione, nell'ambito delle procedure di presa in carico, per ciascun cittadino ammesso ai programmi d'intervento più complessi, di un operatore/professionista, individuato in ambito sanitario o sociale, responsabile del coordinamento dell'intero percorso assistenziale, e punto di riferimento dell'assistito e della sua famiglia” (Bellentani *et al.*, 2008).

In realtà compito della presa in carico e degli atti conseguenti come la nomina del *case manager* non è del PUA ma del servizio che eroga direttamente l'assistenza al paziente. Né potrebbe essere diversamente. La presa in carico di un paziente in cure domiciliari è giusto che venga fatta dal servizio che eroga l'assistenza mentre l'individuazione del responsabile del percorso assistenziale di un anziano in RSA è giusto che venga individuato all'interno della struttura stessa. Per il PUA peraltro sarebbe

effettivamente impossibile fare tutte queste cose senza peraltro alcuna utilità evidente visto che altri sono preposti a questo.

Per il PUA si può invece parlare, in modo più appropriato, di garantire la continuità assistenziale che si esplica accompagnando il paziente al servizio che si prenderà in carico il paziente o accompagnandolo verso la valutazione multidimensionale. In questo caso taluni parlano, giustamente, di avvio verso la presa in carico. Il compito del PUA rimane dunque quello di garantire le funzioni dell'accesso unitario ai servizi dei cittadini: per fare un esempio significativo, nel caso di bisogni complessi, il paziente si presenterà solo la prima volta al PUA dato che poi, identificato il servizio di riferimento, farà riferimento direttamente sempre a questo senza passare nuovamente dal PUA.

#### Le funzioni attuali dei PUA

Secondo la recente ricerca sui distretti sanitari italiani dell'Agenas (Bellentani, 2011) i PUA esistenti svolgono soprattutto la funzione di “Punto informativo e di orientamento” (66,7% dei casi) e di “modalità organizzativa per l'avvio e

l'accesso ai servizi con convocazione dell'unità valutativa distrettuale” (67,5% dei casi). Un numero ampio ma minoritario di PUA svolge anche la funzione di sportello per gli aspetti amministrativi (40% dei casi). Un terzo dei PUA (34,9%) sono attrezzati per lo svolgimento dell'intero processo organizzativo di presa in carico (cfr. tabella 5).

I dati di questa ricerca, che si basano su un questionario somministrato ai distretti sanitari italiani, in parte confermano l'organizzazione prevista dalle Regioni italiane ed in parte segnalano la presenza di elementi di incertezza o confusione nella organizzazione dei PUA.

Le funzioni informative, di orientamento e di accompagnamento sono le più diffuse nei PUA già operativi e questo aspetto lascia ben sperare circa la possibilità di avere una rete omogenea di strutture di accesso in tutto il territorio nazionale.

Gli aspetti negativi sono tutti relativi alla concezione che i distretti sanitari hanno dei Punti Unici di Accesso. Il numero dichiarato di PUA realizzati, pari a circa 600, appare fortemente improbabile e questo, unitamente al fatto che un terzo circa di essi si occupa anche di presa in carico (mentre solo 2 Regioni prevedono tale funzione tra quelle attivabili) lasciano supporre che i distretti hanno segnalato la presenza di PUA anche laddove vi erano, più semplicemente, i servizi per l'accesso alle cure domiciliari o ad altre prestazioni territoriali settoriali (come quelle residenziali).

Una conferma della confusione nella percezione dei PUA ci viene, per esempio, dalle norme della regione Marche che ha previsto l'apertura di uno sportello ospedaliero

denominato PUA dedicato esclusivamente alle dimissioni protette dall'ospedale (D.G.R. 923/2009). È del tutto evidente infatti che un percorso di dimissione protetta non può e non deve avere nulla a che fare con il PUA. Infatti il PUA è la porta d'accesso territoriale per coloro che si presentano per la prima volta ai servizi e che non hanno ancora un servizio che ha effettuato la loro presa in carico. Per un cittadino che è ricoverato la presa in carico è già stata effettuata e la dimissione protetta non è più compito del PUA ma delle procedure di continuità assistenziale che vedono coinvolti l'ospedale e il distretto sanitario. Far passare questa procedura per il PUA significa che non ne esiste una aziendale per la dimissione protetta che spetta soprattutto al servizio delle cure domiciliari e che obbliga il sistema ad un passaggio ulteriore.

1] La "presa in carico" può essere definita come un processo che implica aspetti organizzativi, clinico-assistenziali e relazionali finalizzato a garantire assistenza globale ed integrata ad un assistito. "La presa in carico, come ogni processo, si compone di diverse fasi e aspetti:

- a) Aspetti organizzativi. È l'organizzazione della continuità di cure e assistenza nei servizi in rete attraverso:
  - a. Definizione di procedure organizzative;
  - b. Coordinamento di accessi e dimissioni attraverso la attribuzione di linee di responsabilità;
  - c. Attivazione di *équipe* multi professionali e loro coordinamento;
  - d. Utilizzo degli strumenti del governo clinico.
- b) Aspetti clinico-assistenziali. Erogazione di interventi globali basati su:
  - a. Valutazione dei bisogni multidimensionali;
  - b. Stesura di piani assistenziali individuali (PAI);
  - c. Erogazione degli interventi previsti nel PAI;
  - d. Attivazione della partecipazione di paziente e famiglia;
  - e. Monitoraggio dello stato di salute del paziente;
  - f. Periodica valutazione di appropriatezza e qualità.
- c) Aspetti relazionali. Gestione della comunicazione:

- a. Nelle singole *équipe*;
  - b. Fra *équipe* diverse dei servizi in rete;
  - c. Fra *équipe* e paziente-famiglia.
- La presa in carico richiede il riconoscimento di

responsabilità complessiva, le responsabilità del passaggio fra i vari nodi della rete, responsabilità dei singoli professionisti e responsabilità del coordinatore di *équipe*" (Becchi, 2011).

### Le funzioni dei PUA del Piemonte

La Regione Piemonte ha recentemente realizzato una ricerca sulle funzioni attivate presso gli Sportelli unici. Le risultanze sono abbastanza confortanti. Infatti, i dati raccolti evidenziano che:

- in quasi tutti gli sportelli realizzati, le prestazioni essenziali\* dell'area delle Cure domiciliari sono state attivate in una misura che supera l'80% delle prestazioni sia per quanto riguarda i percorsi informativi, sia per quanto riguarda la restituzione di interventi;
- si rileva una buona diffusione delle funzioni di assistenza residenziale e semiresidenziale a livello regionale sia per quanto riguarda i percorsi informativi, sia per quanto riguarda la restituzione di interventi;
- si rilevano difficoltà importanti nelle funzioni relative all'assistenza territoriale (MMG e PLS, protesica, consultori, assistenza all'estero ecc.) che riguardano evidentemente le problematiche connesse alle diverse organizzazioni distrettuali e ai diversi servizi amministrativi che coinvolgono il 50% circa dei Distretti sanitari;
- si rilevano difficoltà nelle funzioni relative alla Medicina legale fatta eccezione per la funzione informativa che viene svolta da tutti;
- per le funzioni dei servizi sociali si registrano le percentuali di prestazioni non attivate, ed il dato può essere sintomo della mancata scelta da parte degli Enti gestori e dei Comuni di convogliare negli sportelli attività tipiche dei servizi socio-assistenziali delegati o non delegati, data la complessità dell'integrazione di tali specifici interventi con la materia sociosanitaria, alla quale spesso risultano trasversalmente intrecciati (Aress, 2010).

\*] Identificate nell'allegato A della D.G.R. 55-9323/2008.

### Bibliografia

- ARESS, *L'esperienza piemontese degli Sportelli unici di accesso ai servizi distrettuali*, Torino, 2010.
- BECCHI M.A., *La persona con disabilità e la sua famiglia. Aspetti culturali, metodi e strumenti per creare alleanza con la rete dei servizi*, relazione al convegno di Ancona "Sensoriabilis" del 1° ottobre 2011.
- BELLENTANI M.D., DAMIANI G., RONCONI A., CATANIA S., BUGLIARI ARMENIO L., *Report dell'indagine*, in "I quaderni di Monitor", 8° supplemento al n. 27 di "Monitor" (La rete dei distretti sanitari in Italia), 2011.
- BELLENTANI M.D., INGLESE S.A., BANCHERO A., *Punto unico di accesso i risultati della ricerca*, in "I quaderni di Monitor", 2° supplemento al n. 21 di "Monitor" (Punto unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale).
- DEVASTATO G., *La porta unica d'accesso*, Progetto di ricerca promosso dal Ministero del welfare dal titolo "Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti", 2010, Sito web: [http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/md/AreaSociale/Disabilita/Studi\\_Ricerche/](http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/md/AreaSociale/Disabilita/Studi_Ricerche/)
- FORMEZ, *Sportelli sociali per l'accessibilità dei servizi*, Rapporto di ricerca, Roma, 2005.
- PESARESI F., *La porta sociale: le tendenze in Italia*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n. 18, 2008.