



*Classificazione Decimale Dewey:*

**353.52160945632 (23.) AMMINISTRAZIONE DELL'ASSISTENZA SOCIALE. Amministrazione urbana. Roma**

MARCO BIELLONI  
GIULIA CETARA

**ACCOGLIERE, ORIENTARE,  
PRENDERSI CURA:  
ASSISTENTI SOCIALI  
NEI PUNTI UNICI DI ACCESSO**  
DAL PERIODO PRE E POST PANDEMICO  
ALL'INTEGRAZIONE NELLE CASE DELLA COMUNITÀ





©

ISBN  
979-12-218-0943-5

PRIMA EDIZIONE  
**ROMA** 29 SETTEMBRE 2023

## INDICE

- 7      CAPITOLO I  
Introduzione  
*di Marco Bielloni e Giulia Cetara*  
1.1. La nascita della service-idea: una funzione e uno spazio per accogliere, informare, orientare, accompagnare, 11 – 1.2. Il PUA: nascita, definizione, obiettivi e attività, 16.
- 25     CAPITOLO II  
La ricerca 2018–2019 nella ASL Roma 1  
*di Giulia Cetara*  
2.1. Analisi documentaria, 28 – 2.1.1. *Protocolli d’Intesa*, 28 – 2.1.2. *Regolamenti*, 29 – 2.1.3. *Schede di prevalutazione*, 32 – 2.2. Analisi SWOT con i coordinatori sociali dei PUA, 35 – 2.3. Analisi attraverso l’intervista qualitativa semi-strutturata, 41 – 2.3.1. *Strutturazione e collocazione del PUA*, 42 – 2.3.2. *Risorse umane*, 44 – 2.3.3. *Integrazione socio-sanitaria*, 48 – 2.3.4. *Funzionamento e organizzazione*, 52 – 2.3.5. *Strumenti utilizzati*, 58 – 2.3.6. *Rapporto con i servizi della presa in carico e col Terzo Settore*, 61 – 2.3.7. *Buone pratiche e criticità emerse dalle interviste*, 63 – 2.4. Conclusioni della ricerca, 67.
- 77     CAPITOLO III  
L’allineamento dei PUA nella ASL Roma 1 alla fine del 2019  
*di Marco Bielloni*  
3.1. Percorsi, 82 – 3.1.1. *Percorsi per bassa-media complessità*, 82 – 3.1.2. *Percorsi per casi complessi*, 83 – 3.1.3. *Percorsi per gli utenti già in carico ai servizi*, 83

6	<i>Un'esperienza di proattività: il PUA–spoke nella comunità di Bastogi</i>
	– 3.2. Attivazione UVMD, 83 – 3.2.1. Attivazione UVMD per bisogni a bassa–media complessità, 84 – 3.2.2. Attivazione UVMD per casi complessi, 84 – 3.2.3. Composizione, 84.
89	CAPITOLO IV I PUA durante la Pandemia 2020–2021 <i>di Marco Bielloni e Giulia Cetara</i>
95	CAPITOLO V Un'esperienza di proattività: il PUA–spoke nella comunità di Bastogi <i>di Marco Bielloni</i>
101	CAPITOLO VI Verso il 2026: lo sviluppo di un nuovo modello di assistenza territoriale nella Sanità e il PUA <i>di Marco Bielloni e Giulia Cetara</i>
121	<i>Conclusioni</i>
127	<i>Bibliografia e sitografia</i>

## CAPITOLO I

### INTRODUZIONE

DI MARCO BIELLONI E GIULIA CETARA

Già dagli Anni Ottanta, in relazione allo sviluppo del settore terziario c'è stata una crescita di studi nel campo dell'amministrazione, del marketing, della pubblicità, della ricerca e sviluppo, della customer relationship, e si è posta quindi sempre più l'attenzione su come un servizio viene reso al pubblico.

Le sue dimensioni sono state messe sotto la lente d'ingrandimento degli studiosi di management e di organizzazione. Nel decennio successivo questo vento di miglioramento continuo del rapporto col cliente/consumatore/utente è penetrato anche nella Pubblica Amministrazione, nei settori che nel frattempo venivano esposti alla concorrenza (Sanità e poi Scuola), ed in cui il fruitore del servizio ha una sua forza "contrattuale".

Nello stesso periodo, l'elaborazione interna al campo organizzativo dei servizi per la salute e per l'assistenza sociale, spingeva sempre più verso l'integrazione dell'accoglienza e della presa in carico socio-sanitaria globale della persona, in un sistema assistenziale a rete che comprendesse anche il privato sociale, mantenendo il Pubblico una funzione sempre più di *governance* e sempre meno di *government* tradizionale.

In questa prospettiva una delle tre dimensioni chiave del servizio, da chiunque reso — azienda pubblica o privata, impresa di produzione o di distribuzione, ecc. — è diventata strategica: la sua *personalizzazione* (Norman, 2000).

Mentre crescevano in tutti i settori del terziario le soluzioni self-service (sportelli automatizzati e informatizzati di risposta ad un bisogno), in alcuni ambiti e settori tale ingegnerizzazione del front-office non era consigliata, specialmente laddove «nel momento di difficoltà le persone in ultima istanza sono difficilmente sostituibili dalle macchine» dovendo «accogliere bisogni emozionali e di comunicazione del cliente» (Butera, 2020, p. 157), dove lo scambio non è solo utilitaristico ma è anche «transazione di senso» (ivi, p. 159).

Questa esigenza di “orientamento al cliente” è stata tanto percepita nelle organizzazioni a scopo di profitto, che alla fine è penetrata nella P.A. e nei servizi socio-sanitari in particolare, dove le ASL erano divenute Aziende e dove si offrono prestazioni professionali alle persone, a volte anche intangibili e a forte valenza simbolico-relazionale, antitetiche rispetto all’approccio burocratico tradizionale di sportello.

Infatti, il richiamo di quegli anni ad una maggiore efficacia-efficienza della macchina pubblica era molto forte e sentito.

Ad un modello di erogazione del servizio di “pura consegna” o “*selfservice*” la cultura organizzativa propone da anni ormai un «processo di presa in carico della relazione di servizio da parte di un *case-manager*, una figura capace di dare la risposta e il servizio utilizzando la conoscenza globale dell’organizzazione». Si è fatta strada la consapevolezza che «se la interazione tra front-office e cliente salta, viene a mancare il servizio stesso, non solo la sua consegna o la sua qualità», ovvero c’è chi vede come le organizzazioni, tutte, siano oggi ad un bivio: o nuovo taylorismo burocratico, centrato “sul prodotto” o “sull’ordine procedurale e documentario” oppure organizzazioni “centrate sulle persone” (Butera, 2020, pp. 158–161).

Questa consapevolezza, aldilà delle teorizzazioni accademiche in campo organizzativo, era maturata già nella seconda metà degli Anni Novanta a Roma, nell’idea di una integrazione dei Servizi Sanitari Territoriali con il Segretariato Sociale (il front office dei servizi sociali comunali). Se ne parlava negli incontri tecnici di assistenti sociali dei due enti, si progettavano sperimentazioni, soprattutto a livello d’integrazione professionale, già prima della legge 328/2000, sulla scia di esperienze già in atto in altre Regioni.



Quindi nel nuovo secolo si sono affrontate tendenze opposte, sburocratizzanti e burocratiche, mentre i bisogni a cui il Welfare italiano ha dovuto far fronte in questi anni sono diventati sempre più eterogenei e complessi e la complessità dei bisogni ha portato con sé la complessità delle risposte che devono essere costruite (Frau, 2008, p. 15).

Le sfide che hanno maggiore impatto sulla organizzazione dei sistemi sanitari sono quelle legate all'invecchiamento della popolazione e alla cronicizzazione di alcune patologie progressivamente invalidanti, per cui acquisiscono sempre maggior rilievo le attività di prevenzione e di presa in carico congiunta fin dalla fase di accoglienza, evitando così l'esplosione dei costi delle cronicità.

Tuttavia la difficoltà dell'accesso ai servizi da parte dei soggetti fragili è rimasta

uno degli elementi più critici del nostro sistema, accanto ad altre due tendenze contraddittorie: la crescita generalizzata della speranza di vita e il progressivo inasprirsi delle disuguaglianze di salute che separano gli individui in ragione della loro classe sociale. Superare le disuguaglianze è quindi un obiettivo dei sistemi sociosanitari che hanno la necessità, e il dovere di articolare e differenziare le modalità di comunicazione nell'accesso ai servizi. (Bellentani, 2011, pp. 149-150)

Già nel 2009 Cittadinanza Attiva individuava nella difficoltà di accesso ai servizi uno degli elementi critici del nostro sistema (VIII Rapporto sulle politiche della cronicità), evidenziando che il 76,6% delle Associazioni di malati di malattie croniche e rare segnalava procedure burocratiche di ostacolo all'accesso alle prestazioni sociosanitarie, il 66,6% il mancato accesso a diagnosi tempestive, il 56,6% il mancato accesso ai benefici socioeconomici (invalidità civile, handicap, indennità di accompagnamento, contrassegno auto ed esenzione pagamento del bollo), il 56,6% il mancato accesso ai supporti assistenziali e la relativa necessità di aiuti esterni a proprie spese (assistente familiare), il 56,6% lo scarso accesso ai servizi del territorio (assistenza domiciliare, RSA, riabilitazione).

Si capisce quindi come il tema dell'organizzazione dei PUA sia strategico nell'ottica di una nuova gestione della fragilità, almeno tanto quanto le annunciate e programmate periodiche riforme nel quale si inserisce.

Di recente il docente di Politiche e Servizi Sociali dell'Università di Torino, già dirigente dei servizi sociali al Comune, ha affermato che

accessi difficili o contorti producono almeno due effetti negativi: aggiungono alla sofferenza delle persone (e famiglie) fatica e difficoltà, anche solo per arrivare a chiedere aiuti; rischiano di generare effetti “contro distributivi” del welfare pubblico, che esiste per redistribuire ai più fragili risorse senza le quali da soli non potrebbero gestire problemi. Ma se non riescono ad arrivare ai servizi proprio i più deboli, il welfare finisce al contrario per essere usato solo da chi ha meno difficoltà. (Motta, 2023)

In questo studio, quindi, metteremo a confronto la ricerca condotta per la tesi di laurea magistrale dell'Università La Sapienza presso la ASL Roma 1 dalla coautrice di questo testo, da cui emergono una serie di criticità evidenziabili nei PUA alla fine del 2019 e l'esito di uno studio interno partecipato con gli operatori promosso dalla Direzione Sanitaria della ASL, finalizzato all'allineamento operativo e metodologico dei Punti Unici di Accesso distrettuale (Parente *et al.*, 2019)

Il nostro lavoro descriverà, quindi, l'adattamento dei PUA alle esigenze della pandemia 2020–2021 e gli effetti importanti che ha avuto sulla loro organizzazione.

Quindi vedremo come, a partire dalla Legge di Bilancio 234 del 30.12.2021, sia avvenuto il loro rilancio ma all'interno di un nuovo modello organizzativo, che vedrà nei prossimi anni la nascita delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali Distrettuali (COT–D), con l'attuazione del d.m. 77 del 2022.

Ci interrogheremo quindi sul futuro dei PUA a Roma, come esempio di città metropolitana dove l'applicazione *tout court* di modelli predefiniti a tavolino dal potere legislativo e di governo, spesso basati su buone pratiche sviluppatesi in contesti di provincia e in Regioni dove l'integrazione socio-sanitaria è da anni più avanzata che nel Lazio, non può avvenire senza alcune condizioni, che vanno costruite, nella complessità della città e dei suoi poteri, a partire dalla costruzione di un solido sistema integrato socio-sanitario, per rispondere alla crescente complessità dei bisogni che non escluda nessuna persona fragile.

La funzione svolta dal PUA nei confronti del cittadino, di ascolto, orientamento e accompagnamento ai servizi sociali e sanitari, evitando gli «il giro dell’oca dell’assistenza» (Giancaterina, 2006) e raggiungendo anche gli invisibili, si intersecherà inevitabilmente con la futura Centrale Operativa Territoriale ed altri attori del nuovo modello di assistenza sanitaria territoriale delineato dal Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022 e da come questo si integrerà con le deleghe derivanti dalla l. n. 33 del 23 marzo 2023 sulle politiche per gli anziani e la non autosufficienza, dove il PUA svolge un ruolo fondamentale per l’accesso al processo d’aiuto.

Come ciò avverrà e con quali esiti dipenderà da vari fattori organizzativi e ambientali e la riflessione su questo sarà oggetto dell’ultima parte del nostro lavoro.

### **1.1. La nascita della service-idea: una funzione e uno spazio per accogliere, informare, orientare, accompagnare**

La conoscenza da parte dei cittadini dei propri diritti sociali, dei servizi disponibili e delle relative modalità e condizioni di accesso, è un fattore decisivo per il funzionamento corretto ed efficace della regolazione dell’accesso agli interventi di assistenza sociale. (Rossi, 2014)

A causa di un difettoso sistema di accesso possono infatti crearsi problemi di:

- equità, con effetti “contro distributivi” (a fronte di servizi per tutti uguali non tutti sono in grado di usufruirne, specie quelli che ne avrebbero più bisogno fanno fatica ad accedervi o non li conoscono);
- di aumento di sofferenza per le persone che ritardano di accedere peggiorando così la loro condizione (Motta, 2023);
- di appropriatezza della domanda di servizio (ad esempio la persona e la famiglia “vaga” in cerca di una soluzione da un ufficio all’altro e chiede servizi che non può ottenere o che può ottenere solo a certe condizioni, che in quel momento non ha).

La nascita dell'idea di un luogo dove accogliere, informare, orientare e accompagnare la persona fragile e la sua famiglia ha radici lontane: per alcuni, nel periodo a cavallo fra Ottocento e Novecento nascono le prime forme strutturate di informazione sui diritti alle prestazioni sociali per la classe operaia, svolte da operatori dedicati che aiutavano le persone per le pratiche di riconoscimento di alcuni diritti e provvidenze.

Franca Ferrario ha rilevato tuttavia che il primo effettivo intervento di segretariato sociale in Italia è stata l'esperienza condotta dal 1920 dall'Istituto Italiano di Assistenza Sociale, che occupa, presso alcune aziende, le "segretarie sociali", similmente ai "segretariati del popolo", allora diffusi (Ferrario, 1982).

La rivista «Assistenza d'oggi» (Amministrazione Aiuti Internazionali) nel 1966 già parlava dell'istituzione di un servizio di segretariato sociale «sollecitata dai risultati di numerose indagini e dallo stesso contatto con la popolazione assistita attraverso cui si è più volte messa in luce la necessità che i cittadini, bisognosi di determinati servizi sociali, siano opportunamente orientati a scoprire e ad utilizzare nel modo più corretto le risorse sociali esistenti in un determinato ambito territoriale». È la prima volta in Italia che qualcuno ha usato la locuzione "segretariato sociale" (cit. in Maurizio, 2009).

Da quando esistono gli Assistenti Sociali, ad essi viene riconosciuto il ruolo di filtro della domanda nei servizi territoriali, specialmente laddove lo specialismo terapeutico e sanitario è meno accentuato e viene enfatizzata la componente sociale del disagio della persona.

Tuttavia, per tutti coloro che studiavano l'organizzazione del servizio sociale, questo non significava che la funzione si dovesse tradurre automaticamente in un Ufficio, in un luogo ove svolgerla accogliendo ed informando i cittadini. Tra la fine degli Anni Settanta e gli Anni Ottanta, riconosciuti esperti di Servizio Sociale riflettevano ancora sulle sperimentazioni in atto e sull'idea stessa, mentendo acceso il dibattito fino alla promulgazione della l. 328/2000.

Ad esempio, c'era chi sosteneva che «in alcune esperienze sono stati avviati due "servizi" per l'informazione, che andrebbero criticamente vagliati [...] a livello di Unità Locale [e...] un altro tipo di servizio di informazione e patrocinio a disposizione di tutti i cittadini, dovrebbe essere sviluppato a livello periferico, di distretto di base» (Trevisan, 1978).

La Dal Prà Ponticelli affermava nel 1987 che l'informazione–orientamento fosse principalmente «un tipo di rapporto con l'utenza [...] più uno strumento di contatto [...] che un servizio fine a sé stesso» (cit. in Anfossi, 2005).

«Sino al 2000, il segretariato sociale resta oggetto di attenzioni e riflessioni tecnico–metodologiche di limitati ambienti, tra i quali i più importanti risultano essere la Fondazione Zancan di Padova e l'Eiss di Roma» (Maurizio, 2009).

Sta di fatto che la funzione declinata già aveva preso la forma del Servizio di Segretariato Sociale, con un suo spazio dedicato, tra la fine degli Anni Sessanta e Settanta attraverso alcune sperimentazioni locali di accoglienza, informazione e orientamento dell'utenza. Similmente a quanto avvenuto nei paesi anglosassoni durante l'industrializzazione del secolo precedente, la migrazione di massa dal Sud Italia verso il triangolo industriale e dalla campagna verso la città aveva bisogno dei primi servizi informativi e di accompagnamento. Alcuni, su questo, scrivevano in quegli anni (Cavallone *et al.*, 1966; Trevisan, 1968; Farace, 1971).

L'Ente Italiano di Servizio Sociale pubblicò nel 1971 i risultati di uno studio sulle esperienze appaltate all'ente in Piemonte e in alcuni Comuni del Sud, giungendo alla definizione di standard del Servizio di Segretariato Sociale, ritenuta ancora valida oggi (Anfossi, 2005), ovvero: una «sede unitaria ed attiva di informazione esatta ed aggiornata, rivolta a tutti i cittadini [...] e alla comunità locale nel suo complesso [...] un servizio autonomo, a gestione tecnica [...] la sede in cui i cittadini, bisognosi di determinate prestazioni sociali sono aiutati a conoscere e a utilizzare le varie risorse disponibili in un determinato ambito territoriale [...]» (Rizzo, Anfossi, Passera & Bosco, 1971).

Il disorientamento dell'utenza e la frammentazione rispetto all'offerta seguito alle riforme del sistema di welfare negli Anni Sessanta e Settanta, avrebbe confermato la necessità di un luogo dove le persone potessero trovare accoglienza ed essere orientati nell'identificazione dei servizi più consoni alle proprie esigenze.

Si sviluppavano negli Anni Ottanta le Unità Sanitarie Locali della Riforma 833, le USL, e le ULSS nelle Regioni in cui l'integrazione socio–sanitaria era vista subito come una necessità, nascevano i Distretti

sanitari e quelli socio-sanitari, i Servizi Territoriali per l'Handicap, la Salute Mentale, la Famiglia e la coppia e l'età Evolutiva, ecc., che trovavano posto nella Sanità e nel Distretto, rivoluzionando i precedenti assetti organizzativi di accesso alle prestazioni.

Negli Anni Novanta, quando ancora si lavorava alla Riforma sanitaria (*bis* 1992 e *ter* 1999) e non vedeva la luce la legge-quadro nel settore socio-assistenziale, in presenza di leggi anticipatorie in molte Regioni, maturava comunque un'integrazione socio-sanitaria anche spontanea, professionale, centrata sul caso da trattare, con quello che oggi chiameremmo case-management da parte di chi nelle equipe teneva i rapporti di rete, conoscendone i nodi e le risorse: l'assistente sociale.

Le funzioni di Accoglienza, Informazione, Consulenza e sostegno, Accompagnamento, Promozione e partecipazione, Osservatorio e monitoraggio attribuite già nel 1971 al Segretariato Sociale, si venivano a incontrare con la necessità di un Punto unico, unitario, sociale e sanitario, dove la persona e la famiglia in condizioni di fragilità trovassero un interlocutore di fiducia, che le orientasse nella ricerca della soluzione dei propri problemi senza essere rinviato da un ufficio all'altro, dal Comune alla USL alla ricerca dell'Ufficio più "competente".

Dagli Anni Novanta, dove il Segretariato Sociale esisteva, veniva sempre più deputato a filtrare una domanda massiccia, mentre si contraevano le risorse a causa delle politiche di contenimento della spesa pubblica, per cui tale finalizzazione sull'appropriatezza della domanda andava a discapito delle altre funzioni (Rossi, 2021a): il Segretariato Sociale non bastava più, anche perché gran parte dei bisogni erano di natura unitamente sanitaria e sociale e le informazioni da dare sulle procedure di accesso alle prestazioni sempre più complesse e in continuo mutamento (anche in relazione ai trasferimenti economici di fondi nazionali a soggetti aventi diritto).

Quando viene quindi varata l'attesa legge 328/2000, era cambiato completamente il quadro istituzionale e organizzativo nel quale era stata pensata nei decenni precedenti l'Assistenza Sociale: la separazione fra sociale e sanitario sancita dal d.p.c.m. 8.8.1985 (c.d. Decreto Craxi, attuativo della legge finanziaria del dicembre 1983), la contrazione delle assunzioni nella P.A. con l'utilizzo di assistenti sociali esternalizzati, le politiche di contenimento della spesa pubblica, le alterne maggioranze

politiche ai tre livelli della governance, stavano influenzando decisamente sui servizi sociali, sanitari e sociosanitari.

La Riforma del Titolo V nel 2001, che l'anno dopo avrebbe dato autonomia maggiore alle Regioni in campo sanitario e sociale, ha poi aumentato la situazione "a macchia di leopardo" in relazione ai Livelli Essenziali delle Prestazioni, all'integrazione socio-sanitaria ed ai servizi ad essa connessi (compreso il Segretariato Sociale): alcune Regioni infatti avevano già da prima una loro normativa, alcune la vararono poco dopo, altre aspetteranno quindici anni (Lazio). Nel frattempo, la domanda socioassistenziale e sociosanitaria non aspettava e le risposte possibili venivano comunemente fornite.

Più di dieci anni dopo, una ricerca empirica illustrerà come le pratiche organizzative concrete del Servizio di Segretariato sociale fossero rimaste «tuttora assai disomogenee e talvolta contrastanti» favorendo una «disarticolazione dell'offerta di servizi socioassistenziali a livello nazionale» e parallelamente il protagonismo degli attori locali (Rossi, 2012).

Dal 2011 (d.lgs. n. 235/2010), inoltre l'informatizzazione delle richieste di prestazioni economico-assistenziali (riconoscimento d'invalidità, ecc.) ha cominciato a passare per legge attraverso i Patronati-CAF, rispondendo ad un'esigenza pratica di procedere ad una rapida digitalizzazione dei processi amministrativi della PA. A questa si è associato un utilizzo diffuso a livello locale del finanziamento di Sportelli Informativi "a progetto", a volte mirati a particolari categorie di utenza, gestiti per lo più da associazioni e cooperative sociali.

Dieci anni dopo, conseguentemente, non sorprenderà trovare una situazione disomogenea simile rispetto alla *porta di accesso integrato socio-sanitario* (quella che dal 2007 si chiamerà PUA in diverse Regioni, come vedremo nel prossimo paragrafo): il tentativo sarà sempre quello di ricomporre sulla persona fragile la frammentazione dei servizi, in risposta a bisogni sempre più caratterizzati da malattie croniche e dell'invecchiamento, combinate con situazioni relazionali, economiche ed abitative complesse, aggravate da crisi economiche cicliche sempre più ravvicinate.

## **1.2. Il PUA: nascita, definizione, obiettivi e attività**

Si arriva quindi al primo atto statale in cui si parla dello Sportello Unico di Accesso: è il Decreto Ministeriale 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.

Sempre nel 2007 il Decreto Ministeriale Solidarietà Sociale con il quale viene ripartito il Fondo per le non autosufficienze, cita il Punto Unico di Accesso nel suo *corpus* testuale, incitando le Regioni ad utilizzare i finanziamenti statali per

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 al servizio socio-sanitari.

Intanto, fra la 328/2000 e questi atti nazionali del 2007 che invitavano all'unitarietà/integrazione dell'accesso socio-sanitario, otto regioni e una provincia autonoma avevano varato le loro leggi attuative del sistema integrato dei servizi sociali (vedi scheda 2: Piemonte, Liguria, Friuli VG, Emilia R., Toscana, Puglia, Sardegna, Calabria e Trento), tre regioni non facevano seguire nulla, ritenendo d'averla anticipata (Veneto, Sicilia, Abruzzo), le altre, avendo leggi proprie nel campo dei servizi sociali, procedevano ognuna coi suoi tempi a ratificare quella attuativa della 328, avendone facoltà per effetto della Riforma del Titolo V (es: Lazio). La Valle d'Aosta si sarebbe regolata ancora diversamente.

Nel Lazio la Deliberazione della Giunta Regionale n. 433 del 19 giugno 2007, e il Decreto del Presidente in qualità di Commissario *ad acta* n. 165 del 5 settembre 2008 hanno disciplinato, nell'ambito delle attività previste dal Piano di rientro regionale, una nuova modalità di approccio al territorio e alla persona fragile, indicando le priorità degli interventi e le modalità per la definizione delle risorse. L'attivazione dei Punti Unici di Accesso è stata regolata in modo più organico nella Regione Lazio con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 315 del 2011, che ne ha dettato le Linee di indirizzo, sancendo inoltre



<b>Regione</b>	<b>Leggi regionali attuative 328/2000</b>
Piemonte	l.r. 01/2004
Liguria	l.r. 12/2006
Lombardia	l.r. 03/2008
Veneto	l.r. 55/1982 e succ.
Friuli VG	l.r. 06/2006
Emilia Romagna	l.r. 02/2003
Toscana	l.r. 41/2005
Marche	l.r. 32/2014
Umbria	l.r. 26/2009
Lazio	l.r. 11/2016
Abruzzo	l.r. 22/1998 e succ. Mod.
Molise	l.r. 13/2014
Puglia	l.r. 19/2006
Campania	l.r. 11/2007
Basilicata	l.r. 04/2007
Sardegna	l.r. 23/2005
Calabria	l.r. 23/2003
Sicilia	l.r. 22/1986 e succ. Mod.

l'improrogabilità, per tutti i distretti socio-sanitari, dell'attivazione di concreti percorsi tesi alla realizzazione o all'adeguamento dei servizi PUA alle Linee d'indirizzo approvate.

L'accesso ai PUA viene proposto con terminologie diverse e con modelli organizzativi differenti nei vari contesti regionali in quanto la Riforma del Titolo V della Costituzione (Legge Cost. n. 3 del 2001) dà la potestà esclusiva alle Regioni in materia di Sanità e Servizi Sociali: nella sua review di dieci anni fa uno studio evidenziava che solo 7 Regioni avevano posto in essere i dettati delle normative statali che definiscono il servizio come Punto Unico di Accesso, 9 Regioni avevano scelto altre diverse denominazioni, come per esempio Porta unica di accesso o Sportello integrato socio-sanitario (Pesaresi, 2013) Ciò che è più rilevante, però, è che ad essere differenti non erano solo le definizioni, ma anche le funzioni che le singole regioni attribuivano al servizio.

Due anni prima, un'altra ricerca (Bellentani *et al.*, 2011), aveva messo in luce come in quasi tutto il territorio nazionale, salvo qualche piccola variazione percentuale, il PUA svolgeva funzioni principalmente informative e di orientamento (66,7%), fungendo anche da modalità organizzativa per l'accesso ai servizi e svolgendo un ruolo determinante nella convocazione dell'UVMD (nel 67,5% dei casi).

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 V.G.	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 1.** Definizione del PUA nelle diverse Regioni italiane (Franco Pesaresi, *Le funzioni dei Punti Unici di Accesso*, in «Welfare oggi», n. 1, 2013).

Il Punto Unico di Accesso *integrato* (PUA) nella Raccomandazione Nazionale SIQuAS (Apicella, Banchieri & Di Stanislao, 2013, p. 52) si configura come una *modalità organizzativa*, la cui finalità è quella di facilitare l'accesso ai servizi da parte della fascia di popolazione definita "fragile", favorendo risposte personalizzate ed individualizzate, e garantendo una presa in carico con accesso unitario alla rete dei servizi sanitari e sociali, non compresi nell'emergenza, eliminando/semplificando i numerosi passaggi ai quali la persona assistita e i suoi familiari devono adempiere per ricevere risposte di assistenza.

La legge 234 del 2021 (Legge di Bilancio 2022) ha confermato la funzione del PUA di garantire «alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari» dove «operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al SSN e agli ATS» (art. 163), individuando contemporaneamente il Livelli Essenziali di Assistenza Sociale che si dovranno finalmente integrare con i LEA Sanitari (art. 159 e seg.).

Ad agosto dello stesso anno era stato approvato il "Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021–2023" dove era dedicata una parte proprio al PUA, di cui si auspicava il potenziamento, definendolo

primo luogo dell'accoglienza sociale e sanitaria [...] finalizzato ad avviare percorsi appropriati ai bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi e favorendo l'accesso integrato ai servizi, in particolare per coloro che richiedono interventi di natura sociale e/o sociosanitaria. Sebbene a livello nazionale lo sviluppo dei PUA sia stato assicurato in modo prioritario nell'ambito dei servizi sociosanitari rivolti alla non autosufficienza e alla disabilità, sempre di più negli ultimi anni i PUA estendono la propria competenza anche all'ambito dei Servizi rivolti all'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità anche travalicando gli aspetti di natura strettamente sociosanitaria. (2.3.1.1)

La Legge Regionale Lazio n. 11/2016 aveva già fatto proprio questo obiettivo (presente anche in Delibere Regionali degli anni precedenti), ovvero semplificare l'attivazione e utilizzo dei servizi alla persona, promuovendo l'integrazione delle attività sanitarie e di quelle

socio–assistenziali, attivando una 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.

Nel Lazio, la DGR n. 315 aveva elencato nel 2011, tutte le funzioni e competenze del PUA: accoglienza, informazione, orientamento, accompagnamento, decodifica del bisogno con risposta di primo livello (prevalutazione) e inoltre ai servizi interni al sistema sociale e sanitario competenti per l’evasione di domande complesse.

L’art. 52 della l.r. 11 “Sistema Integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio” richiamava le suddette attività prevedendone la definitiva attuazione all’interno di un contesto d’integrazione socio–sanitaria (attuativo della 328/2000).

- a. orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio–sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse ferma restando l’equità nell’accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli;
- b. agevolare l’accesso unitario alle prestazioni sociali, socio–sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l’integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari;
- c. segnalare le situazioni connesse con bisogni socio–sanitari complessi per l’attivazione della valutazione multidimensionale e della presa in carico integrata;
- d. avviare la presa in carico, mediante la prevalutazione integrata socio–sanitaria funzionale all’identificazione dei percorsi sanitari, socio–sanitari o sociali appropriati.

Le attività svolte dal PUA sono molteplici e possono essere facilmente distinte in due livelli: Front–Office, che concerne tutta la parte d’attività relativa all’accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento; Back–Office che riguarda le funzioni inerenti alla prevalutazione, l’avvio della presa in carico, l’identificazione dei percorsi assistenziali e l’attivazione dei servizi o dell’Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD).

Una volta pervenuta al Front–Office la domanda, viene prontamente raccolta ed elaborata tramite un primo colloquio. Questa modalità operativa fa sì che molte situazioni si esauriscano in un solo colloquio con