

# Welfare comunitario

*Politiche locali, sviluppo e mutamento sociale*

IO

## *Direttore*

**Roberto VERALDI**

Università degli Studi “Gabriele d’Annunzio” di Chieti–Pescara

## *Comitato scientifico*

**Alfredo AGUSTONI**

Università degli Studi Gabriele d’Annunzio di Chieti–Pescara (Italia)

**Jose Maria ARRIBAS**

Universidad Nacional de Educación a Distancia (Spagna)

**Ramo BARRENA**

Universidad de Navarra (Spagna)

**Rosa G. BELLOMO**

Università degli Studi Gabriele d’Annunzio di Chieti–Pescara (Italia)

**Manuel Javier CALLEJO GALLEGO**

Universidad Nacional de Educación a Distancia (Spagna)

**Luis Alfonso CAMARERO RIOJA**

Universidad Nacional de Educación a Distancia (Spagna)

**Giuseppina CERSOSIMO**

Università degli Studi di Salerno (Italia)

**Andrea CICCARELLI**

Università degli Studi di Teramo (Italia)

**Folco CIMAGALLI**

Libera Università degli Studi “Maria ss. Assunta” (LUMSA, Italia)

**Roberto CIPRIANI**

Università degli Studi Roma Tre (Italia)

**Vincenzo CORSI**

Università degli Studi Gabriele d’Annunzio di Chieti–Pescara (Italia)

**Vincenzo COSTABILE**

Università della Calabria (Italia)

**Adriana D’ANGELO**

Università degli Studi Gabriele d’Annunzio di Chieti–Pescara (Italia)

**Marco Antonio D’ARCANGELI**

Università degli Studi dell’Aquila (Italia)

**Josè Manuel DELGADO BARRADO**

Universidad de Jaén (Spagna)

**Fiorenza DERIU**

Sapienza – Università di Roma (Italia)

**Gabriele DI FRANCESCO**

Università degli Studi Gabriele d’Annunzio di Chieti–Pescara (Italia)

**Consuelo DIODATI**

Università degli Studi di Teramo (Italia)

**Flavio FELICE**

Università degli Studi del Molise (Italia)

**Elisabete FIGUEIREDO**

Universidade de Aveiro (Portogallo)

**Luigi FRUDÀ**

Sapienza – Università di Roma (Italia)

**Frederick GARDAPHE**

QC Queens College – CUNY (USA)

**Alberto GASPARINI**

Università degli Studi di Trieste (Italia)

**Mihaela GAVRILA**

Sapienza – Università di Roma (Italia)

**Catia Eliana GENTILUCCI**

Università degli Studi di Camerino (Italia)

**Ivo Stefano GERMANO**

Università degli Studi del Molise (Italia)

**Lia GIANCRISTOFARO**

Università degli Studi Gabriele d’Annunzio di Chieti–Pescara (Italia)

**Jesus GUTIERREZ BRITO**

Universidad Nacional de Educación a Distancia (Spagna)

**Cristobal GOMEZ BENITO**

Universidad Nacional de Educación a Distancia (Spagna)

**Joseph HALDANE**

IAFOR Research Center – Osaka University (Giappone)

**Gennaro IORIO**

Università degli Studi di Salerno (Italia)

**Bülent KARA**

University of Nigde Ömer Halisdemir (Turchia)

**Livia MADUREIRA**

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Portogallo)

**Pierfranco MALIZIA GAMBERALE**

Libera Università degli Studi “Maria ss. Assunta” (LUMSA, Italia)

**Ljiliana MARKOVIC**

University of Belgrade (Serbia)

**Alberto MARRADI**

Università degli Studi di Firenze (Italia)

**Fabrizio MATURO**

Università degli Studi Gabriele d’Annunzio di Chieti–Pescara (Italia)

**Paolo MONTESPERELLI**

Sapienza – Università di Roma (Italia)

**Simone MISIANI**

Università degli Studi di Teramo (Italia)

**Apostolos G. PAPADOPOULOS**

Harokopio University (Grecia)

**Mina PETROVIC**

University of Belgrade (Serbia)

**Aleksandar PRNJAT**

University of Belgrade (Serbia)

**Olga Elena RAMIREZ–POGGI**

Universidad de Lima (Perù)

**Christian RUGGIERO**

Sapienza – Università di Roma (Italia)

**Mirko SAVIC**

University of Novi Sad (Serbia)

**Anthony TAMBURRI**

QC Queens College – CUNY (USA)

**Roberta TRESCA**

Università degli Studi Gabriele d’Annunzio di Chieti–Pescara (Italia)

**Daniela TONDINI**

Università degli Studi di Teramo (Italia)

**Daniele UNGARO**

Università degli Studi di Teramo (Italia)

**Agnese VARDANEGA**

Università degli Studi di Teramo (Italia)

**Aleksandra VRANES**

University of Belgrade (Serbia)

**Alberto ZONNO–RENNA**

Istituto Superiore di Scienze Religiose “Don Tonino Bello” (Italia)

**Hakan YALAP**

University of Nevşehir (Turchia)



# Welfare comunitario

*Politiche locali, sviluppo e mutamento sociale*

*Welfare comunitario* vuole essere un “luogo” di confronto sul tema del rapporto tra la società, con le sue diverse sfaccettature, e l’attore sociale, con le sue realizzazioni plastiche e anche con quelle non tangibili. La collana si offre come momento di autoascolto sul mutamento sociale *tout-court* e propone spunti di riflessione attraverso la connessione tra la ricerca sociologica e le sue ricadute empiriche, mediante attività di ricerca applicata. Le proposte di pubblicazione saranno sottoposte a un sistema (*blind*) di *peer review*.

*Classificazione Decimale Dewey*

— 362.10945 (23.) PROBLEMI E SERVIZI DI ASSISTENZA SOCIALE. MALATTIE FISICHE. Italia

*Thema*

— Soggetto: JKS. Assistenza, servizi e politiche sociali

— Qualificatori: 1DST. Italia

MARCO BIELLONI

**MANUALE  
PER GLI ASSISTENTI  
SOCIALI NEI PUNTI  
UNICI DI ACCESSO**





ISBN  
979-12-218-2620-3

PRIMA EDIZIONE  
**ROMA** 24 APRILE 2026

## INDICE

11	<i>Premessa</i>	
13	<i>Introduzione</i>	
		Parte I
23	Capitolo I L'evoluzione della service-idea	
33	Capitolo II Il percorso legislativo del PUA	
43	Capitolo III Destinatari, funzioni e professionalità del PUA, secondo la normativa recente	
59	Capitolo IV Le fasi dell'intervento nel PUA e il ruolo dell'assistente sociale	

- 105 Capitolo v  
Lavoro di rete, mappatura di risorse e servizi, cura  
delle risorse associative

Parte II

- 113 Capitolo vi  
PUA “in strada”, proattività, inclusione: un’esperienza  
di Servizio Sociale in un insediamento abitativo a  
rischio

- 131 Capitolo vii  
La ricerca 2018-2019 sui PUA della ASL Roma I

- 157 Capitolo viii  
I PUA della ASL Roma I nel 2019-2021: allineamento  
aziendale prima della pandemia e riorganizzazione  
durante la crisi

- 171 Capitolo ix  
Ripartire dal Territorio. Lo sviluppo di un nuovo  
modello di assistenza dei fragili nella Sanità, il ruolo  
del PUA e quello dell’assistente sociale

- 197 *Allegati*

- 233 *Bibliografia*

## PREMESSA

Questa è un'edizione completamente rivista del mio libro pubblicato da Aracne nel 2023 insieme ad una collega.

Ho raccolto una sollecitazione dal prof. Marchetti dell'Università LUMSA di Roma, dove insegnamo entrambi, che mi invitava approfondire gli aspetti di Metodi e Tecniche del Servizio Sociale, revisionando una buona parte del precedente lavoro e concentrandomi su un target di studenti ed operatori al primo impiego.

Soprattutto nella prima parte questo testo cerca di essere una guida pratica per chi si accinge a svolgere la professione di Assistente sociale in un Punto Unico di Accesso; nella seconda parte, partendo da una riflessione sui PUA reali, analizza i problemi concreti che l'Azienda Sanitaria Locale (ASL), l'Ambito Territoriale Sociale-Comune-Municipio (ATS) e gli assistenti sociali devono affrontare per adeguare il servizio alle norme ed ai nuovi bisogni della popolazione, partendo dall'esistente.

A cinque anni dal varo del PNRR, che ha introdotto importanti cambiamenti organizzativi nel sistema sociosanitario territoriale con le Missioni 5 e 6, malgrado le scadenze, c'è ancora tanto da fare per migliorare, perché le riforme non si fanno solo proclamandole, ma operazionalizzando i percorsi di assistenza e coinvolgendo gli “agenti di cambiamento”.

## INTRODUZIONE

Già dagli anni Ottanta dello scorso secolo, 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 viene reso al pubblico un servizio, di qualsiasi tipo esso sia (sociale, sanitario, bancario, assicurativo, commerciale, postale).

Le sue configurazioni sono state messe sotto la lente d'ingrandimento degli studiosi di management e di organizzazione.

Nel decennio successivo questa aspirazione al miglioramento continuo, inteso come adattamento ad un ambiente in rapida trasformazione, ha investito il rapporto fra cliente\consumatore\utente anche nella Pubblica Amministrazione: ciò ha portato a significativi cambiamenti soprattutto nei settori che nel frattempo venivano esposti alla concorrenza (Sanità e poi Scuola) ed in cui gli utilizzatori dei servizi hanno una potere contrattuale maggiore nei confronti degli erogatori.

Nello stesso periodo, l'elaborazione interna alle organizzazioni 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 tradizionale *government*.

In questa prospettiva, fra le “dimensioni chiave” di un servizio da chiunque reso – azienda pubblica o privata, impresa di produzione o di distribuzione – sono diventati strategici il *service management* e la *personalizzazione*, ovvero la capacità di rispondere alle esigenze individuali specifiche della persona che si rivolge al servizio, al di là dei modelli standard di offerta (R. Normann 2002, p. 20-21 e seg.)

Mentre crescevano in tutti i settori del terziario le soluzioni selfservice (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, dove lo scambio non è solo utilitaristico ma è anche “transazione di senso”» (Butera, 2020, p. 157-159).

Questa esigenza di “orientamento al cliente” è stata introiettata dalle organizzazioni a scopo di profitto ed ha trovato una teorizzazione nelle scuole di management, per cui soprattutto nel nuovo secolo è penetrata nella P.A. e nei servizi socio-sanitari in particolare, con l'aziendalizzazione delle USL divenute ASL (dal 1993), e in tutti quei servizi dove si offrono prestazioni professionali alle persone, anche intangibili e a forte valenza simbolico-relazionale,

antitetiche rispetto all'approccio burocratico tradizionale di sportello.

Infatti, il richiamo ad una maggiore efficacia-efficienza della macchina pubblica era molto forte e sentito a partire dalla metà degli anni Ottanta del Novecento.

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 *casemanager*, 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, p. 158-161).

Questa consapevolezza, aldilà delle teorizzazioni accademiche in campo organizzativo recenti, era maturata già da tempo nel nostro Paese, con il Segretariato Sociale (front office dei servizi sociali comunali) e nell'idea di una integrare i Servizi Territoriali. Se ne parlava negli incontri tecnici di assistenti sociali della Sanità e degli Ambiti Sociali (Comuni, Municipi), 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.

Si comincia a parlare di Punti unici di accesso (PUA) negli anni Novanta de secolo scorso 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 pubblica.

Seguendo questa logica alcune regioni cominciano a prevedere i punti unici di accesso alle prestazioni socio-sanitarie, pur con differenti denominazioni, e solo a questo punto la normativa nazionale comincia ad occuparsi di questo nuovo modello organizzativo (Pesaresi 2022b, *Il Nuovo PUA*).

Negli anni Duemila si sono affrontate tendenze opposte, ideologicamente sburocratizzanti, ma burocratiche nei fatti, 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 (cfr. Frau, 2008, pp. 15).

Le sfide che hanno maggiormente impattato sull'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.)

Nel 2009, l'ottavo Rapporto sulle politiche della cronicità di Cittadinanza Attiva già individuava nella difficoltà di accesso ai servizi uno degli elementi critici del nostro sistema familiare. Nel 2020, il diciottesimo Rapporto chiedeva ancora di «pianificare percorsi e procedure ad hoc per tutti i soggetti fragili e per coloro, familiari o caregiver, che li sostengono [...] offrire uniformità e pari opportunità di accesso ai servizi, a prescindere dal luogo di residenza», evidenziando così la persistenza di problematiche di accesso difformi nel Paese.

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

Di recente un 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 “controdistributivi” 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 M. 2023).

Già in precedenza un altro dirigente dei servizi sociali al Comune di Roma aveva scritto del “giro dell’oca dell’assistenza” come uno dei problemi che le famiglie devono affrontare per avere una risposta ai loro bisogni (Giancaterina 2016).

Non bisogna poi trascurare il tema della specificità dei servizi sociosanitari nelle città metropolitane, dove l’applicazione tout court di modelli predefiniti a tavolino dal potere legislativo e di governo, se va bene ascoltando “tavoli tecnici” composti da soli dirigenti, più spesso basati su estensione al territorio nazionale di buone pratiche sviluppatesi in contesti di provincia e in Regioni dove l’integrazione socio-sanitaria è da anni più sviluppata, non può avvenire senza alcune condizioni, che vanno costruite tenendo conto della complessità dei sottosistemi organizzativi e dei contesti sociali urbani complessi, a partire dalla stessa famiglia.

La funzione svolta dal PUA oggi nei confronti del cittadino, “di ascolto, orientamento e accompagnamento” ai servizi sociali e sanitari, raggiungendo soggetti fragili e vulnerabili (anche gli invisibili, secondo me), si interseca con quella della Centrale Operativa Territoriale (COT) e con altri attori del nuovo modello di assistenza sanitaria territoriale delineato dal decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022, e dipende 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, col

Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 e con il recente Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2024-2026, dove il PUA svolge un ruolo fondamentale per l'accesso al processo d'aiuto.

Tuttavia tra i PUA possibili\auspicati e quelli reali ci sono delle sensibili differenze, che definiscono modelli differenti di attuazione (Motta 2023). A seconda di come essi vengono organizzati si modifica anche il ruolo svolto dal Servizio Sociale e dagli assistenti sociali al suo interno. Nel libro cercheremo di approfondire la declinazione del ruolo dell'assistente sociale in questo nuovo contesto di servizi organizzati per venire incontro proattivamente ai bisogni e fare in maniera che trovino risposte appropriate.

