

FRANCO PESARESI

IL NUOVO PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

[IL QUADRO NAZIONALE]

29/09/2022

Articolo pubblicato su *I luoghi della cura online* n. 4/2022

www.luoghicura.it

	pagina
1. Il quadro normativo nazionale	3
2. Il nuovo punto unico di accesso: funzioni ed organizzazione	4
2.1. Definizione	4
2.2. Sede e diffusione	4
2.3. Obiettivi	5
2.4. Destinatari del servizio	6
2.5. Funzioni svolte	6
2.6. La valutazione multidimensionale e il PAI	8
2.7. Il personale dei PUA	8
2.8. Costi per il cittadino	9
2.9. Finanziamenti	9
2.10. Obiettivi di servizio	10
3. Qualche valutazione	11
Nome di riferimento	12
Bibliografia	13

IL NUOVO PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA): IL QUADRO NAZIONALE

Franco Pesaresi¹

La Legge di bilancio 2022 ha modificato le caratteristiche dei Punti unici di accesso (PUA) così come delineati negli anni duemila. Il presente lavoro si propone di aggiornare il profilo organizzativo del PUA.

1. IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE

Si comincia a parlare di Punti unici di accesso (PUA) negli anni novanta de secolo scorso quando la semplificazione amministrativa era diventa 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.

Il primo atto statale in cui si parla di Punti unici di accesso è il D.M. Salute del 10/7/2007 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 nel Decreto – si realizza 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.

Si riparla ancora genericamente di Punti unici con il D.M. Solidarietà sociale del 12/10/2007 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".

Un altro riferimento normativo è rinvenibile nell'Accordo Stato-Regioni del 25/3/2009 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".

A questo punto, la normativa nazionale per tutto il decennio successivo si occupa dell'attuazione dei PUA nei diversi riparti annuali del Fondo nazionale per le non autosufficienze. I diversi decreti di riparto che si sono succeduti hanno previsto la realizzazione o il rafforzamento di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi localizzati negli ambiti territoriali da parte di Aziende Sanitarie e Comuni, così da agevolare e semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari (D. MLPS 20/3/2013; D. MLPS 7/5/2014; D. MLPS 14/5/2015; D. MLPS 26/9/2016).

¹ NNA Network Non Autosufficienza; Asiquas.

Il rilancio dei Punti unici di accesso si ha con la Legge di bilancio 2022 (L. 234/2021, art. 1 comma 163) che affida al PUA l'accesso alle prestazioni delle persone non autosufficienti e ne ridefinisce ed amplia le funzioni. In particolare viene aggiunta ai Punti unici di accesso la funzione della valutazione multidimensionale incardinando all'interno dei PUA l'attività delle Unità di Valutazione multidimensionali (UVM).

Infine, un passo avanti ed uno indietro si sono realizzati con il Decreto del Ministro della Salute n. 77/2022 sui modelli e standard dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Nell'importante decreto viene stabilita la presenza obbligatoria del Punto unico di accesso all'interno di tutte le Case della Comunità (sia Hub che Spoke) ma nel contempo si stabilisce che lo stesso ha solo competenze sanitarie. Con buona pace dell'integrazione sociosanitaria alla base di tutta la normativa precedente sui punti unici di accesso.

2. IL NUOVO PUNTO UNICO DI ACCESSO: FUNZIONI ED ORGANIZZAZIONE

Vediamo ora di ricostruire il quadro nazionale e delle competenze dei nuovi PUA così come emergono dalla normativa.

2.1. Definizione

I punti unici di accesso (PUA) garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali fornite dal Servizio sanitario nazionale e dagli Ambiti territoriali sociali (ATS), alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari (L. 234/2021).

Nella definizione fornita dalla Legge di bilancio 2022, pur nella sua sinteticità, si segnalano tre punti fermi, alcuni dei quali non chiariti in passato, che sono i seguenti:

1. I PUA sono realizzati e gestiti insieme dalle Aziende sanitarie e dagli Ambiti sociali territoriali (e non i Comuni);
2. I Punti unici di accesso si rivolgono alle persone in condizioni di non autosufficienza (disabili ed anziani non autosufficienti) e non a tutta la popolazione;
3. I PUA garantiscono l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari. Sono pertanto esclusi i servizi sanitari. Su questo aspetto non si può non segnalare la contraddizione con il D.M.S. n. 77/2022 che invece assegna al PUA solo competenze sanitarie.

2.2. Sede e diffusione

I punti unici di accesso (PUA), hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate "Case della comunità" (L. 234/2021).

Come è noto il D.M.S. 77/2022 prevede due modelli organizzativi per le Case della Comunità (CdC): Case della Comunità Hub e CdC spoke. La CdC hub è la struttura di riferimento, completa nelle sue dotazioni di servizio e punto di riferimento per la programmazione sanitaria. Ne viene prevista una ogni 40.000-50.000 abitanti. Le CdC spoke sono invece articolazioni territoriali della Hub con dotazioni di

servizi molto più ridotta ma il cui numero e popolazione di riferimento sarà autonomamente stabilito dalle singole regioni perché non vi sono standard nazionali di riferimento a questo proposito.

I PUA sono previsti obbligatoriamente in tutte le Case della Comunità, sia in quelle Hub che in quelle spoke (Pesaresi, 2022). I Punti unici di accesso saranno pertanto molto diffusi a regime quando cioè saranno realizzate tutte le nuove Case della Comunità previste e saranno riconvertite le Case della Salute in CdC. A conclusione di questo percorso e comunque entro il 2026 è atteso un PUA ogni 35.000-40.000 abitanti.

Nel frattempo che succede? Tutto si ferma in attesa delle sedi? Il Piano nazionale per la non autosufficienza approvato in Conferenza Unificata il 3/8/2022 (atto 136/CU) ha previsto che “nelle more dell’attivazione dei PUA presso le Case della Comunità”, le Aziende sanitarie e gli Ambiti territoriali sociali “si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata”. Per cui l’indicazione è che si parta comunque subito in attesa che si realizzino tutte le sedi previste all’interno delle Case della Comunità.

Occorre sottolineare almeno due novità rispetto alla precedente normativa relativa ai PUA. La sede dei Punti unici di accesso viene identificata esclusivamente in una struttura del Servizio sanitario nazionale – le Case della Comunità – mentre in precedenza la sede poteva essere individuata indifferentemente nel distretto sanitario o in una sede messa a disposizione dai comuni/Ambiti sociali.² L’altra novità riguarda l’ampia diffusione dei PUA (potenzialmente fra 1.500 e 1.700 PUA), legata obbligatoriamente alla presenza delle Case della Comunità, molto positiva dal punto di vista della vicinanza alle persone non autosufficienti ma che metterà a dura prova l’organizzazione dei distretti sanitari e degli Ambiti territoriali sociali.

2.3. Obiettivi

Dalla normativa del 2007 si ricava che l’elemento caratterizzante dei PUA dovrà essere la modalità dell’accoglienza dell’utente che dovrà tendere a semplificare ed agevolare l’informazione e l’accesso ai servizi (D.M. Solidarietà sociale del 12/10/2007).

Per cui, tenendo anche conto della Legge di bilancio 2022, gli obiettivi che la normativa affida ai PUA sono i seguenti:

- Semplificare ed agevolare l’informazione e l’accesso ai servizi sociali e sociosanitari;
- Promuovere l’integrazione tra attività sanitaria e attività socio-assistenziale;
- Avviare la presa in carico della persona non autosufficiente attraverso la sua valutazione multidimensionale.

2.4. Destinatari del servizio

² Inoltre, in passato la maggior parte delle regioni aveva previsto anche l’ipotesi del PUA funzionale. Si tratta non tanto di un unico luogo fisico, ma di una strutturazione integrata tra tutti i punti di contatto e di accesso sociali e sanitari presenti nel territorio. Si tratta essenzialmente di una modalità organizzativa basata su un modello di sistema di rete dove gli operatori sociali e sanitari ricercano e promuovono il coordinamento e l’integrazione attraverso strumenti di tipo organizzativo, professionale e telematico. In questa ipotesi ogni punto di accesso sociale o sanitario mantiene la propria sede e il suo personale ma si attrezza per fornire anche le prestazioni che non fanno parte di quelle proprie (per esempio uno sportello sociale si attrezzerà per fornire anche le prestazioni sociosanitarie) e gli operatori sociali e sanitari ricercano l’integrazione attraverso strumenti organizzativi e telematici (Pesaresi, 2013b).

I destinatari del servizio sono le persone in condizioni di non autosufficienza (L. 234/2021). Si tratta quindi di anziani e disabili non autosufficienti.

Occorre però rilevare che il D.M.S. 77/2022 fa invece riferimento a tutti i pazienti che si rivolgono alla Casa della Comunità, indipendentemente dalla eventuale presenza di non autosufficienza (Allegato 1, pag. 27 del Decreto).

Il mancato coordinamento delle due normative, insieme al fatto che la maggior parte delle regioni, nel decennio scorso, ha previsto l'attivazione dei PUA a servizio di tutta la popolazione (Pesaresi, 2013b), purtroppo, faciliterà quell'ampia variabilità di comportamenti che in genere caratterizza la fase attuativa delle regioni.

2.5. Funzioni svolte

Il percorso assistenziale integrato è organizzato in cooperazione tra il sistema dei servizi dell'ATS e il complesso delle dotazioni del Distretto sanitario, anche in relazione con le azioni e le riforme recate dal PNRR. A questo scopo il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le Case della comunità e, transitoriamente, negli altri presidi ritenuti pertinenti e adeguati dalla programmazione locale (Conferenza unificata n.136/2022).

Il Punto unico di accesso:

- Garantisce tutte le informazioni sui servizi sociali e sociosanitari e sulle modalità per accedervi;
- Garantisce ed agevola l'accesso unitario ai servizi sociali e sociosanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti ("accompagnamento);
- Garantisce la valutazione multidimensionale delle persone non autosufficienti, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita;
- Garantisce, a seguito della valutazione, la definizione, a cura dell'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM), del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi necessari, modulati secondo l'intensità del bisogno.

In precedenza la normativa nazionale e l'esperienza delle varie regioni avevano previsto tre funzioni principali nei PUA: 1) accoglienza, informazione ed orientamento; 2) accompagnamento; 3) risoluzione problemi semplici. Ora viene prevista, in capo al Punto unico di accesso anche la funzione della valutazione multidimensionale dei pazienti e la stesura del PAI. Funzioni, quest'ultime, già presenti all'interno del distretto ma in forma autonoma e non dipendenti dal PUA. Per cui in precedenza il PUA, se lo riteneva opportuno, inviava il paziente all'Unità valutativa multidimensionale mentre ora si occupa direttamente della valutazione. C'è una diversa organizzazione che riduce un passaggio ulteriore per il paziente e nel contempo viene meno l'autonomia organizzativa delle UVM.

Al fine di dare un quadro completo delle funzioni del PUA vale la pena di dettagliare come la maggioranza delle regioni, nel decennio precedente ha interpretato le funzioni di (1) informazione e (2) accompagnamento che in qualche modo ritroviamo anche nelle funzioni del “nuovo” PUA:

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 (Pesaresi, 2013a).

La funzione informativa comprende tutte quelle attività che, partendo dall’ascolto dei bisogni/richieste dell’utente, informano lo stesso sulle risorse disponibili in un dato territorio e sulle modalità di accesso ai 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 di 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 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 (Pesaresi, 2013a).

2.6. La valutazione multidimensionale e il PAI

Presso i PUA operano le Unità valutative multidimensionali (UVM) composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli Ambiti territoriali sociali (ATS).

Tali equipe integrate assicurano la funzionalità delle Unità di valutazione multidimensionale (UVM) per la valutazione della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie (L. 234/2021). Le UVM integrate effettuano la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale in modo uniforme con le modalità, le procedure e gli strumenti di valutazione multidimensionale stabiliti dalle regioni anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza (DPCM 12/1/2017).

Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione (L. 234/2021). Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali (DPCM 12/1/2017).

La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

2.7. Il personale dei PUA

La normativa nazionale non si occupa di tutto il personale dei PUA demandando la sua organizzazione alle regioni. Nel merito occorre invece rammentare che le regioni che si sono espresse sul personale indicano una dotazione minima di 3-4 persone per ogni PUA, escluso ovviamente il personale delle UVM. Quasi tutte le Regioni indicano la necessità della presenza di infermieri, assistenti sociali, amministrativi e medici garantiti dalle ASL e dai comuni/Ambiti sociali secondo le rispettive competenze (Pesaresi, 2013).

La Legge di bilancio 2022 si occupa invece di dare alcune indicazioni sul personale delle Unità valutative multidimensionali integrate previste all'interno dei PUA. Esse sono composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario e agli Ambiti territoriali sociali (ATS). Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza (L. 234/2021, art. 1, comma 163).

Non viene indicata puntualmente la composizione delle UVM perché spetta alle regioni ma si richiama la responsabilità degli enti coinvolti per quel che riguarda la dotazione adeguata di personale e il suo funzionamento.

Nella situazione attuale, la composizione delle Unità valutative varia moltissimo da una Regione all'altra, anche se il suo nucleo fondamentale risulta sempre composto da:

- un medico,
- un infermiere professionale e
- un assistente sociale.

Nella grande maggioranza delle Regioni, a queste tre figure stabili, si aggiunge il medico di medicina generale dell'assistito e, in alcune Regioni, il terapeuta della riabilitazione (Pesaresi, Simoncelli, 2006).

Il Piano nazionale per la non autosufficienza approvato in Conferenza Unificata il 3/8/2022 (atto 136/CU) chiede che non si attenda la realizzazione delle Case della Comunità per avviare il nuovo funzionamento dei PUA e della valutazione multidimensionale. Il Piano ha previsto che nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità, le Aziende sanitarie e gli Ambiti territoriali sociali si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso la definizione della dotazione, le modalità di funzionamento e l'organizzazione dell'equipe integrata preposta alla valutazione multidimensionale.

Le unità valutative multidimensionali, come è noto, esistono già e sono funzionanti ma gradualmente il loro numero dovrà aumentare perché ora fanno riferimento alle sedi distrettuali mentre in futuro dovranno far riferimento alle Case della comunità che saranno mediamente più del doppio. L'altra novità riguarda il personale sociale che dovrà essere fornito alle UVM dagli Ambiti sociali. Si tratta della figura dell'assistente sociale che è già presente all'interno delle Unità valutative multidimensionali ma, nella maggioranza dei casi, si tratta di un operatore delle ASL. Questa figura dovrà essere sostituita da analoga figura degli Ambiti territoriali sociali. O semplicemente si aggiungerà un'assistente sociale alla composizione della UVM, ma di provenienza dell'ambito territoriale sociale. Si tratta di una scelta molto appropriata, già anticipata da una minoranza di regioni, che favorirà l'integrazione e la continuità degli interventi di cura e di assistenza per i pazienti.

Per garantire un assistente sociale in ogni UVM, gli Ambiti territoriali sociali beneficiano di un finanziamento statale per l'assunzione di personale: si tratta di 500 persone nel 2022 che saliranno a 1.250 nel 2023 e 2024 (Conferenza Unificata n. 136/2022).

2.8. Costi per il cittadino

Tutti i servizi e le prestazioni erogate dal PUA sono gratuite.

2.9. Finanziamenti

Il riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024, approvato in Conferenza Unificata il 3/8/2022 (atto n. 136/2022), ha previsto un finanziamento per le assunzioni del personale con professionalità sociale finalizzate all'implementazione dei PUA. Si tratta di 20 milioni per il 2022 e 50 milioni di euro per ciascun anno del biennio 2023-2024 da destinare alle assunzioni di personale con professionalità sociale presso gli Ambiti territoriali sociali, così come indicato nella tabella 1. Nel 2025 è probabile che il finanziamento possa crescere ulteriormente dato che è previsto un ulteriore

aumento del finanziamento aggiuntivo (+ 50 milioni) del Fondo per le non autosufficienze dedicate a questa ed altre attività specifiche.

Il finanziamento permetterà l'assunzione di 500 persone nel 2022 e di 1.250 persone per ognuno degli anni 2023 e 2024.

Si tratterà essenzialmente di assistenti sociali degli Ambiti territoriali sociali che andranno a far parte delle Unità valutative multidimensionali di cui è prevista la riorganizzazione ed il potenziamento.

Tab. 1 – Unità di personale e finanziamenti per gli ATS per il rafforzamento dei PUA

Regioni	Quota %	unità personale			Importo (€)		
		2022	2023	2024	2022	2023	2024
Abruzzo	2,37	12	50	50	480.000	2.000.000	2.000.000
Basilicata	1,05	5	19	19	200.000	760.000	760.000
Calabria	3,42	17	67	67	680.000	2.680.000	2.680.000
Campania	8,54	43	128	128	1.720.000	5.120.000	5.120.000
Emilia-Romagna	7,75	39	84	84	1.560.000	3.360.000	3.360.000
Friuli-Venezia Giulia	2,34	12	38	38	480.000	1.520.000	1.520.000
Lazio	9,15	46	83	83	1.840.000	3.320.000	3.320.000
Liguria	3,28	16	39	39	640.000	1.560.000	1.560.000
Lombardia	15,93	80	198	198	3.200.000	7.920.000	7.920.000
Marche	2,8	14	49	49	560.000	1.960.000	1.960.000
Molise	0,65	3	15	15	120.000	600.000	600.000
Piemonte	7,91	39	72	72	1.560.000	2.880.000	2.880.000
Puglia	6,68	33	96	96	1.320.000	3.840.000	3.840.000
Sardegna	2,92	15	53	53	600.000	2.120.000	2.120.000
Sicilia	8,19	41	118	118	1.640.000	4.720.000	4.720.000
Toscana	7,02	35	63	63	1.400.000	2.520.000	2.520.000
Umbria	1,71	9	26	26	360.000	1.040.000	1.040.000
Valle d'Aosta	0,25	1	2	2	40.000	80.000	80.000
Veneto	8,04	40	50	50	1.600.000	2.000.000	2.000.000
Totale	100	500	1250	1250	20.000.000	50.000.000	50.000.000

Fonte: Conferenza Unificata atto n. 136/2022.

2.10. Obiettivi di servizio

Per garantire il raggiungimento dei traguardi relativi ai PUA, il Piano nazionale per non autosufficienze (PNNA) 2022-2024, approvato in Conferenza unificata il 3/8/2022, ha previsto molto opportunamente degli obiettivi di servizio annuali che sono strumenti molto appropriati per il conseguimento e la verifica dei bersagli indicati. La caratteristica principale dell'obiettivo di servizio, che è uno strumento tipico per l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), è

quello di potersi modulare nel tempo e nei contenuti in modo da far crescere quantitativamente e qualitativamente le prestazioni a cui fa riferimento.

Il PNNA individua i seguenti obiettivi di servizio assegnandoli agli ATS affinché vengano raggiunti negli anni 2022-2024, periodo di vigenza del Piano:

- **Obiettivi di Servizio 2022:** Costituzione del sistema unitario dei punti di accesso nell'Ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario. Protocollo operativo di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.
- **Obiettivi di Servizio 2023:** Strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Accordo di programma di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.
- **Obiettivi di Servizio 2024:** Strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario. Regolamento unico di ambito per i servizi sociosanitari. Protocolli per la costruzione delle reti di comunità. Programma unitario di sviluppo del monitoraggio e della valutazione dei PAI.

Gli obiettivi di servizio dettagliano una serie di step indispensabili (accordo di programma di funzionamento, strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi, Regolamento unico di Ambito, ecc.) per il corretto funzionamento dei PUA e della valutazione multidimensionale con l'unico grande limite di chiederne esplicitamente l'attuazione solo agli Ambiti territoriali sociali mentre per la loro attuazione è indispensabile la piena partecipazione e collaborazione anche dei Distretti sanitari.

3. QUALCHE VALUTAZIONE

Le prime norme nazionali sui PUA sono di una quindicina di anni fa e nonostante gli sforzi governativi fatti di continue riproposizioni dei PUA negli atti riparto del Fondo nazionale per le non autosufficienze la diffusione dei Punti unici di accesso sociali e sociosanitari stenta ad affermarsi nel territorio nazionale. Pur essendo stati realizzati una pluralità di sportelli che si autodefiniscono PUA, sono pochi quelli che sono realizzati e gestiti con la partecipazione congiunta delle aziende sanitarie e degli Ambiti/Comuni e che si occupano di una pluralità di prestazioni. Inoltre, un quadro normativo preesistente molto blando ha favorito la realizzazione di diversi modelli organizzativi regionali di PUA che si sono differenziati su aspetti davvero importanti come i settori di competenza, le funzioni, l'organizzazione e il target (Pesaresi, 2013b).

Questo nuovo tentativo per affermare e sviluppare i PUA in Italia si avvale però di alcune novità che dovrebbe determinare un impatto sicuramente diverso nelle regioni e nei comuni italiani. Tra le novità positive vanno sicuramente annoverati i finanziamenti finalizzati a sostenere lo sforzo organizzativo a carico degli Ambiti sociali. Non capita di frequente di vedere una disposizione di legge nazionale che affronta temi organizzativi e che affianca la norma con i finanziamenti necessari alla sua realizzazione. Sicuramente efficace l'idea di seguire l'attuazione di quanto previsto con degli obiettivi di servizio che prevedono un monitoraggio costante di quanto realizzato a cui sono legati i finanziamenti annuali da erogare.

La Legge di bilancio 2022, oltre a riproporre con forza il ruolo del PUA, ne modifica il modello organizzativo assegnandole direttamente anche la funzione della valutazione multidimensionale, in precedenza autonoma rispetto al PUA. Occorre valutare nel tempo il nuovo modello organizzativo che sicuramente risparmia un ulteriore passaggio ai pazienti bisognosi di un progetto per la loro assistenza ma che toglie terzietà a chi effettua la valutazione dei bisogni. Sicuramente positiva è invece la precisazione che la valutazione multidimensionale deve essere fatta in modo congiunto da personale della ASL e dell'Ambito sociale che, allo stato attuale, è invece una scelta solo di una minoranza di regioni. Un passaggio di questo tipo non può che migliorare l'integrazione sociosanitaria e la continuità dell'assistenza a favore dei pazienti.

Adesso decisiva sarà la fase attuativa affidata alle regioni che già in passato, su questo stesso argomento, si sono caratterizzate per una ampia diversificazione della normativa regionale che ha raggiunto livelli non sempre giustificati.

In questo senso, sicuramente non aiuterà l'evidente mancato coordinamento fra la Legge di bilancio 2022 e il D.M.S. 77/2022 che, sempre in sede attuativa, potrebbe addirittura favorire quella ampia variabilità che caratterizza la legislazione regionale.

Norme di riferimento

- Conferenza Unificata, atto n. 136/CU del 3/8/2022: Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 1265, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni, sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro delegato per le disabilità e del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, di adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e di riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024. (PNNA)
- Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre

1992, n. 502. (17A02015)

- Ministero della solidarietà sociale D.M. 12/10/2007, Assegnazione alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano e relativa ripartizione, delle risorse assegnate al Fondo per le non autosufficienze, per l'anno 2007.
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali D.M. 06/08/2008, Riparto del «Fondo per le non autosufficienze» per gli anni 2008 e 2009.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali D.M. 20/03/2013, Ripartizione delle risorse finanziarie affluenti al Fondo per le non autosufficienze, per l'anno 2013
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali D.M. 07/05/2014, Ripartizione delle risorse finanziarie affluenti al Fondo per le non autosufficienze, per l'anno 2014.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali D.M. 14/05/2015, Ripartizione delle risorse finanziarie affluenti al Fondo per le non autosufficienze, per l'anno 2015.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali D.M. 26/09/2016, Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, per l'anno 2016.
- L. 30/12/2021, n. 234, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024. Art. 1 - Comma 163
- Decreto Ministero della salute 23 maggio 2022 , n. 77 . Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

Bibliografia

- Bellentani M.D., Damiani G., Ronconi A., Catania S., Bugliari Armenio L., *La rete dei distretti sanitari in Italia. Report dell'indagine*, I quaderni di Monitor, 8° supplemento al n.27 di Monitor, 2011.
- 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://sitiarcheologici.lavoro.gov.it/Strumenti/StudiStatistiche/Documents/RicercaIRS_nonautosufficienzaott2010.pdf
- Formez, *Sportelli sociali per l'accessibilità dei servizi*, Rapporto di ricerca, Roma, 2005.
- Pesaresi F., *Le Case della Comunità. Come saranno*, I Luoghi della Cura 3/2022, 19/7/2022; <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2022/07/le-case-della-comunita-come-saranno-aggiornamento-al-decreto-del-ministro-della-salute-n-77-2022/>
- Pesaresi F. (a), “*Le funzioni dei Punti unici di accesso*”, in “Welfare Oggi”, n.1/2013.
- Pesaresi F. (b), *L'organizzazione dei Punti unici di accesso*, “Welfare Oggi” n.2/2013
- Pesaresi F., Simoncelli M., *Le Unità di valutazione multidimensionale*, Prospettive sociali e Sanitarie, n. 9/2006: <https://www.slideshare.net/franopesaresi/le-unit-di-valutazione-multidimensionale>