

FRANCO PESARESI

IL PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

IL QUADRO NAZIONALE 2026

11/06/2026

Articolo pubblicato su I luoghi della cura online n. 3/2026

www.luoghicura.it

INDICE

	pagina
1. Il quadro normativo nazionale	3
2. Il punto unico di accesso: funzioni ed organizzazione	4
2.1. Definizione	4
2.2. Sede e diffusione	5
2.3. Obiettivi	7
2.4. Destinatari del servizio	7
2.5. Funzioni svolte	8
2.6. La valutazione multidimensionale e il PAI	10
2.7. Modalità operative e d'accesso	13
2.8. Il personale dei PUA	14
2.8. Costi per il cittadino	15
2.10. Finanziamenti	15
2.11. Obiettivi di servizio	16
3. Qualche valutazione	18
Nome di riferimento	19
Bibliografia	19

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

Franco Pesaresi¹

1. IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE

Il percorso normativo per arrivare ad una definizione puntuale dei Punti unici di accesso (PUA) è stato lungo e faticoso.

Si comincia a parlare di Punti unici di accesso (PUA) negli anni novanta del 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.

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".

Per tutto il decennio successivo la normativa nazionale si occupa dell'attuazione dei PUA attraverso i 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 dei 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).

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

¹ NNA Network Non Autosufficienza; Direttore ASP Ambito 9 Jesi (AN).

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).

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.

Completano il quadro normativo le norme sulle riforme della valutazione della disabilità e dell'assistenza agli anziani non autosufficienti con particolare riferimento ai rispettivi decreti legislativi di attuazione del 2024. Entrambe le norme (D. Lgs. 62/2024; D. Lgs. 29/2024) chiamano in causa i PUA per l'attuazione di alcune fasi delle rispettive leggi di riforma (in particolare informazione e valutazione).

2. IL PUNTO UNICO DI ACCESSO: FUNZIONI ED ORGANIZZAZIONE

Vediamo ora di ricostruire il quadro nazionale dei PUA così come emergono dalla normativa attuale.

2.1. Definizione

I PUA, quali case di "tutte le fragilità", costituiscono la porta d'ingresso al sistema integrato di servizi sociali e sanitari e sono strutturalmente collocati presso le Case della comunità, ove istituite ed operanti, potendosi articolare in una rete diffusa di sportelli accessibili anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali, operando in raccordo con l'eventuale rete di sportelli già esistenti nei diversi contesti regionali al fine di favorire la massima prossimità. Le regioni possono individuare ulteriori luoghi dove collocare i PUA, ciò al fine di favorire e facilitarne l'accesso ai cittadini. I punti unici di accesso (PUA), mediante le risorse umane e strumentali fornite dal Servizio sanitario nazionale e dagli Ambiti territoriali sociali (ATS), garantiscono alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari (L. 234/2021).

I PUA svolgono, a livello locale, funzioni di informazione, orientamento, accoglienza e primo accesso (front office), nonché raccolta di segnalazioni dei medici di medicina generale e della rete ospedaliera, avviando l'iter per la presa in carico (back office) della persona anziana nei percorsi di continuità assistenziale, attivando, ove occorra, la valutazione multidimensionale unificata finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale, anche tenuto conto degli elementi informativi eventualmente in possesso degli enti del terzo settore erogatori dei servizi.

In ogni caso i PUA rappresentano la modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra ATS e Distretto sanitario. Tali strutture sono state istituite per garantire pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità, avviando, ove occorra, percorsi integrati e unitari in grado di offrire risposte efficaci ai bisogni della persona. (PNNA 2025-2027).

I PUA sono organizzati in conformità al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, e si avvalgono anche delle équipe operanti presso strutture pubbliche o private accreditate del SSN. In tali

punti si provvede a coordinare e organizzare le attività di valutazione dei bisogni e di presa in carico della persona anziana, garantendo il corretto funzionamento delle Unità di Valutazione Multidimensionale Unificata (UVM), composte da professionisti con adeguata formazione appartenenti al SSN e agli ATS, in coerenza con quanto previsto dal citato D.M. 77/2022. I PUA sono, anche, il luogo dell'informazione e dell'orientamento per accrescere l'empowerment delle persone con disabilità.

Nella definizione fornita dalla Legge di bilancio 2022, pur nella sua sinteticità, si segnalano tre aspetti, che sono i seguenti:

1. I PUA sono realizzati nelle Aziende sanitarie (nelle Case della comunità) ma con la collaborazione gestionale degli Ambiti sociali territoriali (e non dei Comuni);
2. I Punti unici di accesso si rivolgono alle persone in condizioni di non autosufficienza o disabilità e non a tutta la popolazione;
3. Rimane l'incertezza sulle competenze sanitarie del PUA. Secondo la legge di bilancio 2022, i PUA garantiscono l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari (L. 234/2021). Sono pertanto non previsti 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. Sulla stessa lunghezza d'onda anche il PNNA 2025-2027 che all'art. 7, afferma che Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta una modalità organizzativa di accesso unitario ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari rivolta, in particolare, a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e interventi sociali.

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.

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. Tenendo conto che le Regioni hanno previsto la realizzazione e l'attivazione di 1.715 Case della Comunità è atteso almeno un pari numero di PUA (Cfr. Tab. 1). Al 31/12/2015, l'Agenas ha censito l'attivazione di 539 PUA nelle Case della Comunità, quasi un terzo (31%) di tutti quelli da realizzare.

Il Piano nazionale per la non autosufficienza approvato in Conferenza Unificata il 18/3/2026 (atto 33/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 solo nelle Case della Comunità fatta salva la possibilità di ulteriori sedi identificate dalle regioni – 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, 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.

Tab. 1 – Diffusione ed organizzazione dei PUA in Italia al 31/12/2025

Regioni	Case della Comunità programmate (CdC)*	PUA già attivati nelle CdC	Sistemi informatizzati per la gestione e monitoraggio del PUA
Abruzzo	42	1	Tutte le ASL utilizzano un gestionale unico regionale
Basilicata	19	0	Nessuna azienda è informatizzata
Calabria	63	2	Alcune ASL sono informatizzate con gestionali propri
Campania	168	35	Tutte le ASL utilizzano un gestionale unico regionale
Emilia-Romagna	187	83	Alcune ASL sono informatizzate con gestionali propri
Friuli-Venezia Giulia	32	23	Tutte le ASL utilizzano un gestionale unico regionale
Lazio	145	59	Alcune ASL sono informatizzate con gestionali propri
Liguria	34	22	Tutte le ASL utilizzano un gestionale unico regionale
Lombardia	207	149	Tutte le ASL utilizzano un gestionale unico regionale
Marche	46	21	Tutte le ASL utilizzano un gestionale unico regionale
Molise	13	2	Tutte le ASL sono informatizzate con gestionali propri
Bolzano	12	0	Tutte le ASL utilizzano un gestionale unico regionale
Trento	13	4	Tutte le ASL utilizzano un gestionale unico regionale
Piemonte	96	16	Alcune ASL sono informatizzate con gestionali propri
Puglia	121	2	Tutte le ASL utilizzano un gestionale unico regionale
Sardegna	79	15	Tutte le ASL utilizzano un gestionale unico regionale
Sicilia	154	12	Tutte le ASL sono informatizzate con gestionali propri
Toscana	159	46	Tutte le ASL utilizzano un gestionale unico regionale
Umbria	22	8	Tutte le ASL utilizzano un gestionale unico regionale

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 precedente ipotesi ogni punto di accesso sociale o sanitario manteneva 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 ricercavano l'integrazione attraverso strumenti organizzativi e telematici (Pesaresi, 2013b).

Valle d'Aosta	4	3	Nessuna azienda è informatizzata
Veneto	99	36	Tutte le ASL utilizzano un gestionale unico regionale
Totale	1.715	539	In 14 regioni tutte le ASL utilizzano un gestionale unico regionale

Note: * sono comprese sia quelle finanziate dal PNRR sia a quelle previste in aggiunta dalle regioni. Fonte: Nostra elaborazione di dati da Agenas (2026).

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:

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

2.4. Destinatari del servizio

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

L'art. 27 del D. Lgs. 29/2024 ha poi allargato il campo degli ultrasessantacinquenni alle persone anziane in possesso congiuntamente dei seguenti requisiti:

- a) persona affetta da almeno una patologia cronica;
- b) persona con condizioni cliniche caratterizzate, anche in funzione dell'età anagrafica, dalla progressiva riduzione delle normali funzioni fisiologiche, suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e di determinare il rischio di perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana, anche tenendo conto delle specifiche condizioni sociali, ambientali e familiari.

La verifica della sussistenza dei requisiti è effettuata dal medico di medicina generale o da un medico operante presso una struttura del SSN, su richiesta dell'interessato o su segnalazione della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ambiti territoriali sociali. Il medico provvede, se necessario e su richiesta dell'interessato, all'indirizzamento di quest'ultimo al PUA competente. (PNAC, 2026). Nel caso in cui il medico di medicina generale valuti la non sussistenza dei presupposti dei requisiti di cui sopra, informa l'interessato della possibilità di accedere alla valutazione della condizione di disabilità ai sensi della legge 22 dicembre 2021, n. 227, e procede all'invio del relativo certificato medico introduttivo, su richiesta dell'interessato, attraverso l'apposita piattaforma informatica predisposta e gestita dall'INPS.

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 tre diverse 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.

Inoltre, il D. Lgs. 29/2024 prevede l'approvazione di un decreto del Ministro della salute sui criteri per l'individuazione delle priorità di accesso ai PUA.

2.5. Funzioni svolte

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).

Per quel che riguarda gli anziani, i PUA svolgono funzioni di informazione, orientamento, accoglienza e primo accesso (front office), nonché di raccolta delle segnalazioni provenienti dai medici di medicina generale e dalla rete ospedaliera, attivando le procedure di presa in carico (back office) della persona anziana nei percorsi di continuità assistenziale. Ove necessario, essi promuovono l'attivazione della valutazione multidimensionale unificata, finalizzata all'individuazione dei fabbisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del relativo nucleo familiare, nonché all'accertamento dei requisiti per l'accesso alle prestazioni di competenza statale, anche sulla base delle informazioni eventualmente fornite dagli enti del terzo settore erogatori dei servizi (FNAC, 2026)

Il Punto unico di accesso, in particolare:

1. **Garantisce tutte le informazioni sui servizi sociali e sociosanitari e sulle modalità per accedervi.** La funzione informativa 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 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). 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).

Inoltre, l'art. 7 del D. Lgs. 29/2024 ha stabilito che “nell’ambito dei punti unici di accesso (PUA) sono assicurati alle persone anziane, l’erogazione dell’orientamento e **del sostegno informativo** per favorire il pieno accesso agli interventi e ai servizi sociali e socio-sanitari. L’art. 15 del D.Lgs. 62/2024 ha precisato che i punti unici di accesso che entrano in contatto a qualsiasi titolo con la persona con disabilità la informano del diritto ad attivare un procedimento volto all’elaborazione del progetto di vita, individuale, personalizzato e partecipato. Le modalità con cui dare attuazione a quanto previsto sono individuate nell’ambito della programmazione regionale e locale.

2. **Garantisce ed agevola l’accesso unitario ai servizi sociali e socio-sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti (“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). In particolare, poi, l’art. 15 del D.Lgs. 62/2024 ha precisato che l’istanza per la formazione del progetto di vita per i disabili può essere raccolta anche per il tramite del comune di residenza o di uno dei punti unici di accesso (PUA) del territorio, individuati dagli enti locali o dalle regioni. L’art. 7 del D. Lgs. 29/2024 ha stabilito che “nell’ambito dei punti unici di accesso (PUA) sono assicurati alle persone anziane, l’erogazione **dell’orientamento** e del sostegno informativo per favorire il pieno accesso agli interventi e ai servizi sociali e socio-sanitari.
3. **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. In particolare, l’art. 7 del D. Lgs. 29/2024 ha stabilito che nell’ambito dei punti unici di accesso (PUA) sono assicurati alle persone anziane il pieno accesso agli interventi e ai servizi sociali e socio-sanitari e la possibilità di ottenere, ove occorra, una valutazione multidimensionale unificata, in funzione della individuazione dei fabbisogni di assistenza.
4. **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.** L’équipe integrata assicura le funzionalità del PUA, delle funzioni di valutazione multidimensionale (UVM) e definisce il progetto di assistenza individuale integrata (PAI/Progetto personalizzato), contenente l’indicazione degli interventi modulati secondo l’intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento del percorso assistenziale integrato. Nel caso del progetto di vita, l’UVM nella parte di elaborazione dei sostegni conformi agli esiti della valutazione, è integrata dai responsabili dei vari servizi e interventi, anche informali, previsti e da attivare nell’ambito del progetto. La valutazione multidimensionale può essere attivata anche per la Vita indipendente.

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.

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). La Valutazione Multidimensionale Unificata (VMU) costituisce lo strumento cardine del sistema di assistenza rivolto alle persone anziane non autosufficienti, in quanto consente l'integrazione dei bisogni di natura sanitaria e sociale all'interno di un unico processo valutativo. Tale valutazione è effettuata dalle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) ed è finalizzata alla predisposizione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) unitario e coordinato.

Tali équipe 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).

Al fine di garantire la presenza della componente sanitaria unitariamente a quella sociale, le UVM, quando provvedono alla valutazione multidimensionale unificata finalizzata a definire il **PAI**, si avvalgono di:

- a) un professionista di area sociale degli ATS (operante nell'ambito delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 797, della legge 30 dicembre 2020, n. 178);
- b) uno o più professionisti sanitari designati dalla azienda sanitaria o dal distretto sanitario, incluso il responsabile clinico del processo di cura.

L'équipe integrata assicura le funzionalità del PUA, delle funzioni di valutazione multidimensionale (UVM) e definisce il progetto di assistenza individuale integrata (PAI/Progetto personalizzato), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento del percorso assistenziale integrato.

Nel caso del progetto di vita, l'UVM nella parte di elaborazione dei sostegni conformi agli esiti della valutazione, è integrata dai responsabili dei vari servizi e interventi, anche informali, previsti e da attivare nell'ambito del progetto" (PNNA, 2025-2027).

Il personale delle Unità valutative, a regime, è destinato a crescere per essere presente in tutte le 1.715 Case della Comunità previste mentre, in precedenza, era presente nelle sedi distrettuali (568) che sono un terzo circa di tali Case della Comunità.

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. A questa figura

si aggiungerà un'altra assistente sociale ma dipendente dell'ATS. In altre situazioni, in base alle disposizioni della Regione o, in mancanza, dell'Azienda sanitaria, l'assistente sociale dell'ASL sarà sostituita da analoga figura degli Ambiti territoriali sociali. La previsione di una assistente sociale dell'ATS come componente stabile dell'unità valutativa è una scelta appropriata, già anticipata da un gruppo di regioni, che favorirà l'integrazione e la continuità degli interventi di cura e di assistenza per i pazienti. Per garantire le assistenti sociali in ogni UVM, gli Ambiti territoriali sociali beneficiano di un finanziamento statale per l'assunzione di personale di 50 milioni di euro annui che permette l'assunzione di 1.250 operatori da garantire per tutto il triennio 2025-2027 (Conferenza Unificata n. 33/2026).

Il progetto assistenziale individualizzato (PAI)

Quando, all'esito della valutazione multidimensionale unificata, emergono fabbisogni di cura e assistenza, può procedersi alla redazione del **PAI**.

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'équipe 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).

Il PAI è redatto con la partecipazione della persona destinataria, dei caregiver e dei familiari indicati, del tutore o dell'amministratore di sostegno se dotato dei necessari poteri di rappresentanza, nonché, su richiesta della persona non autosufficiente o di chi la rappresenta, degli enti del terzo settore che operano come soggetti autorizzati, accreditati e a contratto con comuni, ATS e distretti sociosanitari, secondo le normative di riferimento regionale. Nel caso di persone con compromissione cognitiva e demenza è valutata la capacità di esprimere il consenso alla partecipazione al PAI e alle decisioni che ne conseguono.

Nel PAI, che contiene gli obiettivi di cura, vengono indicati gli interventi modulati secondo la durata e l'intensità del bisogno e le figure professionali coinvolte. Quando necessario, il PAI comprende anche il Piano di riabilitazione individuale (PRI) secondo le indicazioni dell'articolo 34 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, delle Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione.

All'interno del PAI, approvato e sottoscritto dai soggetti responsabili dei vari servizi e dalla persona anziana non autosufficiente ovvero dal suo rappresentate qualora nominato, sono individuate le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari e sociali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione, ivi inclusi gli enti del terzo settore e i soggetti che compongono la rete dei servizi.

Il budget di cura

L'UVM, nell'ambito del PAI, provvede a individuare il budget di cura e assistenza quale strumento per l'ottimizzazione progressiva della fruizione e della gestione degli interventi e dei servizi di cura e di sostegno ai fini dell'attuazione del medesimo progetto. Al budget di cura e di assistenza concorrono tutte le risorse umane, professionali, strumentali, tecnologiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale. Tali attività sono garantite dalle aziende sanitarie, dai distretti sanitari e dagli ATS, ciascuno per le proprie funzioni e competenze nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e in particolare:

- a) le risorse derivanti dal trasferimento alle regioni delle relative quote del finanziamento del SSN nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza;
- b) le risorse derivanti dal trasferimento alle regioni e agli enti locali delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, della quota del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità di cui all'articolo 1, comma 210, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, utilizzata per la finalità di cui al medesimo articolo, comma 213, lettera f) , per la parte destinata dalla programmazione regionale in favore dei caregiver degli anziani non autosufficienti, nonché le risorse a valere su altri fondi sociali nazionali che possono essere destinati dalla programmazione regionale ad interventi in favore di anziani non autosufficienti.

La valutazione multidimensionale unificata secondo il D. Lgs. 29/2024

Nel 2023 è stata approvata la Legge delega di riforma dell'assistenza agli anziani n. 33/2023 e l'anno successivo è stato approvato il primo decreto legislativo attuativo n. 29/2024 che hanno toccato i vari aspetti assistenziali relativi agli anziani. La valutazione multidimensionale unificata (VMU) di cui al D. Lgs. 29/2024 rappresenta la base informativa facilitante per i processi valutativi di competenza delle diverse amministrazioni, riducendo la necessità dei cittadini di produrre ulteriore documentazione e permettendo ai professionisti del sistema di raccogliere le sole informazioni aggiuntive specifiche necessarie per la progettazione del PAI e la valutazione di eleggibilità ai servizi.

L'adozione della VMU mira a razionalizzare e semplificare i percorsi di presa in carico, superando le precedenti frammentazioni organizzative e procedurali. Il modello sarà oggetto di una fase sperimentale e prevede la piena entrata a regime a partire dal 2028. (PNAC, 2026)

L'art. 28 del D. Lgs. 29/2024 ha stabilito che gli ATS, le aziende sanitarie e i distretti sanitari, nell'ambito delle rispettive competenze, provvedono a garantire l'attivazione degli interventi definiti dal PAI finalizzati ad attuare concretamente la prosecuzione della vita in condizioni di dignità e sicurezza mediante prestazioni coordinate di cure domiciliari, servizi semiresidenziali e residenziali, rivolte alle persone anziane non autosufficienti e in condizioni di fragilità, integrate con i servizi di assistenza domiciliare (SAD). A questi fini, le équipes integrate provvedono, altresì, alla definizione e alla formalizzazione di accordi di collaborazione con strutture sanitarie specialistiche e con altre amministrazioni competenti in materia di lavoro, istruzione e abitazione (PNNA, 2025-2027).

Quando, all'esito della valutazione multidimensionale unificata, viene esclusa la condizione di non autosufficienza ed è rilevata la sussistenza delle condizioni per l'accesso ai benefici di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b), numero 2, della legge 22 dicembre 2021, n. 227, l'UVM redige apposito verbale con le risultanze della valutazione, da trasmettere tempestivamente, attraverso la piattaforma informatica, all'INPS, che procede all'espletamento degli accertamenti dei requisiti per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato di invalidità, nonché, solo ove necessario, agli accertamenti integrativi di tipo medico-sanitario.

Quando la UVM rileva la sussistenza della condizione di non autosufficienza, redige apposito verbale, da trasmettere all'INPS, attraverso la piattaforma informatica, per i provvedimenti di competenza. Il verbale contiene le risultanze della valutazione, relative anche alla sussistenza delle condizioni medico-sanitarie di accesso ai benefici di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b) , numero 2, della legge 22 dicembre 2021, n. 227, e inclusive degli indicatori sintetici standardizzati e validati utili a: a) graduare il fabbisogno assistenziale in relazione ai livelli crescenti della compromissione delle autonomie nella vita quotidiana; b) supportare le decisioni di eleggibilità alle misure e provvedimenti di cui al comma 10 e quelle ulteriori di cui all'articolo.

All'esito della valutazione multidimensionale unificata, quando non sussistono i presupposti per le due condizioni di cui sopra, il PUA, previa individuazione dei fabbisogni di assistenza alla persona, fornisce le informazioni necessarie al fine di facilitare la individuazione, nell'ambito della rete dei servizi sociali o sanitari, di percorsi idonei ad assicurare il soddisfacimento di tali fabbisogni, con l'accesso ai servizi e alle reti di inclusione sociale previsti dalla programmazione integrata socioassistenziale e sociosanitaria.

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

Inoltre, il D. Lgs. 29/2024 prevede l'approvazione di un decreto del Ministro della salute sui criteri per l'individuazione delle priorità di accesso ai PUA, la composizione e le modalità operative delle UVM, lo strumento di valutazione multidimensionale unificata, uniforme a livello nazionale, informatizzato, scientificamente validato e fondato sulle linee guida del sistema nazionale di cui all'articolo 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24, nonché le eventuali modalità di coordinamento con la disciplina relativa alla valutazione delle persone con disabilità attuativa della legge n. 227 del 2021.

2.7. Modalità operative e d'accesso

Per ciò che concerne le modalità operative e di accesso, le funzioni del PUA sono articolate come segue:

1) Front Office

Rappresenta il primo punto di contatto con il PUA, che può avvenire in modo diretto (personalmente negli orari di apertura al pubblico) o attraverso altri mezzi di comunicazione (telefono, mail o PEC). Il PUA, inoltre, prende in esame anche le segnalazioni e le richieste di intervento in favore di soggetti fragili, presentate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, associazioni di volontariato, parrocchie e/o altri soggetti istituzionali o meno. Nell'ambito del front office, personale adeguatamente formato ed aggiornato orienta gli utenti verso servizi e procedure facenti riferimento a diversi ambiti ed Enti (servizi sociali, ASL, centri per l'impiego, centri di orientamento al lavoro, ecc.), incluso verso la richiesta di un Progetto di vita. A tal fine, nel front office del PUA si può effettuare una prevalutazione della situazione presentata dalla persona, con l'obiettivo di individuare la tipologia dei bisogni e valutarne la natura, distinguendo tra bisogni semplici e complessi. In presenza di richieste "semplici", che non richiedono una presa in carico integrata o l'attivazione di servizi multidisciplinari, il PUA si occupa di orientare l'utente e, se necessario, di indirizzarlo ai servizi competenti per le situazioni che non richiedono una presa in carico integrata o l'attivazione di servizi multidisciplinari. Presso il PUA, quando richiesto e ove necessario, può prendere avvio il percorso di presa in carico della persona, attivando direttamente i servizi necessari. (PNNA e PNAC)

2) Back office

Nel back office del PUA l'Unità di valutazione multidimensionale (UVM), in presenza di situazioni sociosanitarie complesse, procede alla predisposizione del Progetto assistenziale integrato (PAI) ovvero, laddove necessario, del Progetto personalizzato (PP). Inoltre, nei casi in cui sia richiesto, provvede, unitamente ai responsabili dei servizi attivati e da attivare, a predisporre il Progetto di vita. Ai sensi

dell'articolo 24, commi 5 e ss., del decreto legislativo n. 62/2024, la regione può stabilire che l'unità di valutazione coincida, in tutto o in parte, con quella incaricata della valutazione multidimensionale prevista dagli articoli 24 e 25 del medesimo decreto (Commissione unica per la valutazione della disabilità).

Con specifico riguardo alle modalità attuative, ogni territorio deve disporre di PUA sufficientemente pubblicizzati e facilmente raggiungibili, anche con modalità telematiche, al fine di facilitare i cittadini nell'accessibilità e nella fruibilità del servizio. Nelle more della completa attuazione del DM n. 77/2021, restano comunque in vigore le modalità organizzative regionali riferite ai Punti unici di accesso.

Al fine di realizzare l'integrazione tra sanitario e sociale, il back office del PUA, attraverso la presenza di operatori del Distretto sanitario e degli ATS, effettua, con strumenti semplificati, la prevalutazione integrata con la quale è possibile eseguire una prima verifica dei bisogni della persona distinguendo quelli di tipo semplice da quelli complessi sociosanitari. Ma potrebbe non esserci bisogno della prevalutazione integrata da parte del back office del PUA nel caso in cui vi sia una più ampia e ricca valutazione multidimensionale ai sensi dell'articolo 25 del decreto legislativo n. 62/2024. (PNNA e PNAC)

L'art. 28 del D. Lgs. 29/2024 (relativo alla riforma dell'assistenza agli anziani) ha stabilito che le attività dei PUA si svolgono in collaborazione con la Centrale operativa 116117, sede del numero europeo armonizzato (NEA) a valenza sociale per le cure mediche non urgenti, con il servizio di emergenza urgenza, con le Centrali operative territoriali e con altri servizi previsti da ciascuna regione e provincia autonoma. Al fine di garantire la piena attuazione del diritto di accesso ai servizi sociali per le persone anziane non autosufficienti è assicurato il coordinamento con le funzioni di segretariato sociale di cui all'articolo 22, comma 4, lettera a) , della legge 8 novembre 2000, n. 328, con le modalità operative mediante accordi di collaborazione nell'ambito dei progetti regionali relativi al numero europeo armonizzato 116117 (FNAC, 2026).

Per la funzionalità del PUA lo stesso dovrà disporre di uno strumento gestionale informatico. Allo stato attuale sono 14 le Regioni che dispongono di uno strumento informatico gestionale unico per tutte le ASL (Cfr. Tab. 1). Il passo successivo comprende la disponibilità di strumenti informatici che sappiano far dialogare le aziende sanitarie con il settore sociale degli Ambito sociali/comuni.

2.8. Il personale dei PUA

L'articolo 1 comma 163 della Legge 30 dicembre 2021 n.234 prevede: che “presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS”.

I PUA sono organizzati in conformità a quanto previsto dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, avvalendosi anche di équipe operanti presso le strutture, pubbliche o private accreditate, del SSN.

Al fine di garantire l'espletamento delle proprie funzioni istituzionali, ciascun PUA deve disporre di una dotazione minima e stabile di personale appartenente a differenti profili professionali, con il compito di assicurare l'accoglienza, l'ascolto e la prevalutazione dei bisogni dell'utenza secondo un approccio bio-psico-sociale. Presso ciascun PUA deve essere altresì garantita una dotazione stabile e appropriata per:

- Il servizio sociale professionale comunale, e altre eventuali professionalità sociali, tramite l'Ambito territoriale sociale (ATS);
- Il servizio sociale professionale aziendale, e altre eventuali professionalità sanitarie, tramite il distretto;

- Il servizio infermieristico di comunità;
- Gli adeguati servizi amministrativi e tecnici;
- Eventuali servizi di mediazione linguistico-culturali (PNNA 2025-2027 e PNAC 2025-27).

Le amministrazioni locali e l'azienda sanitaria individuano figure professionali necessarie da destinare all'équipe garantendo la presenza di un nucleo minimo e stabile di personale sociale e sanitario che può avvalersi di altre specifiche professionalità in relazione ai bisogni della persona.

Per garantire le assistenti sociali in ogni PUA, gli Ambiti territoriali sociali beneficiano di un finanziamento statale di 50 milioni di euro annui per l'assunzione di 1.250 operatori da garantire per tutto il triennio 2025-2027 (Conferenza Unificata n. 33/2026).

In questo paragrafo non viene indicata la composizione delle UVM, per il quale si rimanda all'apposito paragrafo di questo articolo.

La **formazione del personale**, chiamato ad operare nelle équipe sociosanitarie, presso i PUA, rappresenta un elemento imprescindibile, per assicurare, in coerenza con le linee guida nazionali, l'erogazione di servizi di assistenza di qualità alle persone anziane non autosufficienti. In questo quadro, gli obiettivi formativi mirano a consolidare la cooperazione tra i diversi profili professionali, ad uniformare i protocolli e le modalità di presa in carico e ad assicurare un aggiornamento sistematico delle conoscenze e delle competenze delle équipe. Ciò consente di mantenere un costante allineamento ai bisogni emergenti delle comunità di riferimento e ai modelli organizzativi vigenti nei territori. Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, in raccordo con le Regioni, gli Enti locali e gli ATS, promuoveranno percorsi formativi organici e strutturati, articolati in webinar tematici e sessioni di approfondimento, finalizzati a consolidare le competenze degli operatori e a garantire un utilizzo omogeneo degli strumenti e delle procedure. Tali iniziative favoriscono una visione condivisa degli interventi e contribuiscono a rafforzare l'integrazione operativa tra i diversi livelli del sistema. (FNAC, 2026).

2.9. Costi per il cittadino

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

2.10. Finanziamenti

Il riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2025-2027, approvato in Conferenza Unificata il 18/3/2026 (atto n. 33/2026), ha previsto un finanziamento per le assunzioni del personale con professionalità sociale dipendenti degli ATS finalizzate all'implementazione dei PUA e secondo il PNNA anche delle UVM. Si tratta di 50 milioni di euro per ciascun anno del triennio 2025-2027 da destinare alle assunzioni di 1.250 operatori con professionalità sociale presso gli Ambiti territoriali sociali, così come indicato nella tabella 2.

Tab. 2 – Unità di personale e finanziamenti per gli ATS per il rafforzamento dei PUA e UVM

Regioni	Quota %	Unità di personale per ciascun anno del triennio 2025-2027	Importo per ciascun anno del triennio 2025-2027
---------	---------	--	---

Abruzzo	2,37	50	2.000.000
Basilicata	1,05	19	760.000
Calabria	3,42	67	2.680.000
Campania	8,54	128	5.120.000
Emilia-Romagna	7,75	84	3.360.000
Friuli-Venezia Giulia	2,34	38	1.520.000
Lazio	9,15	83	3.320.000
Liguria	3,28	39	1.560.000
Lombardia	15,93	198	7.920.000
Marche	2,8	49	1.960.000
Molise	0,65	15	600.000
Piemonte	7,91	72	2.880.000
Puglia	6,68	96	3.840.000
Sardegna	2,92	53	2.120.000
Sicilia	8,19	118	4.720.000
Toscana	7,02	63	2.520.000
Umbria	1,71	26	1.040.000
Valle d'Aosta	0,25	2	80.000
Veneto	8,04	50	2.000.000
Totale	100	1250	50.000.000

Fonte: Conferenza Unificata atto n. 33/2026.

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

I 1.250 assistenti sociali che sono stati assunti a tempo determinato in tutto il territorio nazionale hanno garantito almeno due unità di personale per ogni Ambito Territoriale Sociale (543) che sono andate ad integrare la composizione dei PUA e delle UVM; a regime, quando tutte le 1.715 Case della Comunità previste dalle regioni saranno realizzate, tale numero potrebbe non essere più sufficiente a coprire adeguatamente tutte le realtà.

2.11. *Livelli essenziali e Obiettivi di servizio*

Giova qui rammentare che la valutazione multidimensionale all'accesso ed il PAI costituiscono Livelli essenziali di assistenza (LEA) in campo sanitario (art. 21 DPCM 12/1/2017) mentre non lo è esplicitamente la forma organizzativa dell'accesso nei PUA. Mentre PUA, UVM e PAI costituiscono un Livello essenziale delle prestazioni in campo sociale (comma 163 della legge n. 234/2021 (Legge di Bilancio 2022)).

La normativa sui Livelli Essenziali delle Prestazioni, ai fini della loro attuazione, ha previsto gli obiettivi di servizio. Gli obiettivi di servizio sono traguardi quantitativi e qualitativi intermedi che le amministrazioni devono raggiungere per garantire in modo uniforme sull'intero territorio nazionale i diritti civili e sociali costituzionalmente tutelati. Sono indicatori misurabili (standard minimi, soglie

di copertura, livelli di qualità, tempi di erogazione, dotazioni strutturali) che definiscono il livello minimo di prestazione da assicurare, consentono di verificare gli scostamenti territoriali e guidano l'allocazione delle risorse pubbliche per colmare i divari. In altre parole, mentre il Livello essenziale stabilisce *il diritto da garantire*, l'obiettivo di servizio stabilisce *quanto e come deve essere garantito* in termini misurabili.

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 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 (LEP), 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 2022-2024 ormai scaduto e superato dal successivo Piano, aveva individuato i seguenti obiettivi di servizio assegnandoli agli ATS affinché venissero 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 al distretto sanitario.
- **Obiettivi di Servizio 2023:** Strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dal distretto sanitario. Accordo di programma di funzionamento dell'équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario.
- **Obiettivi di Servizio 2024:** Strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dal distretto sanitario. Protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e al distretto 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. Negli anni passati, il processo di attuazione di quanto stabilito nel PNNA 2022-2024 ha comunque preso avvio anche se i risultati realizzati dal punto di vista quantitativo sono ancora lontani da quanto indicato. Nel PNNA 2025-2027 gli obiettivi di servizio non sono stati riproposti.

3. VALUTAZIONI CONCLUSIVE

Le prime norme nazionali sui PUA sono di quasi venti anni fa e, nonostante gli sforzi governativi fatti di continue riproposizioni dei PUA negli atti di riparto del Fondo nazionale per le non autosufficienze, la diffusione dei Punti unici di accesso sociali e sociosanitari si sono diffusi nel territorio nazionale solo negli ultimi anni in corrispondenza delle annualità di finanziamento del personale sociale degli ATS che fanno parte in pianta stabile dei PUA. Si fa qui riferimento esclusivamente ai PUA realizzati e gestiti

con la partecipazione congiunta delle aziende sanitarie e degli Ambiti/Comuni e che si occupano di una pluralità di prestazioni.

Negli anni più lontani il PUA era abbastanza diffuso ma, stante un quadro normativo preesistente piuttosto blando, ha visto svilupparsi la realizzazione di diversi modelli organizzativi regionali di PUA che si sono differenziati su aspetti importanti come i settori di competenza, l'integrazione sociale e sanitaria, le funzioni, l'organizzazione e il target (Pesaresi, 2013b).

Questo nuovo tentativo avviato con forza dal 2022 per affermare e sviluppare i PUA in Italia si avvale però di alcune novità che stanno determinando 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. Peccato che alla definizione degli obiettivi di servizio (PNNA 2022-2024) non sia seguito un adeguato monitoraggio che sicuramente avrebbe favorito il progredire dell'attuazione di quanto disposto.

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 in precedenza era una scelta solo di alcune regioni. Un passaggio di questo tipo non può che migliorare l'integrazione sociosanitaria e la continuità dell'assistenza a favore dei pazienti.

Questo impegno ha già prodotto, allo stato attuale, la realizzazione di 539 PUA all'interno delle Case della comunità a cui si devono aggiungere i PUA realizzati al di fuori di queste. Ma questo numero crescerà costantemente fino a raggiungere la cifra di 1.715 necessaria per la copertura di tutte le Case della Comunità di cui le regioni hanno previsto la realizzazione.

Decisiva è la fase attuativa affidata alle regioni che già in passato, su questo stesso argomento, si sono caratterizzate per una ampia diversificazione degli aspetti organizzativi che hanno raggiunto livelli non sempre giustificabili. 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. 33/CU del 18 marzo 2026: *approvazione del Piano Nazionale Non Autosufficienza (PNNA) 2025-2027.*
- Conferenza Unificata, atto n. 136/CU del 3/8/2022: *Intesa sull'adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e di riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024. (PNNA)*
- Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29: *Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33.*
- Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62: *Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per*

l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.

- 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.*
- 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.*
- 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*
- 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 e delle politiche sociali: *Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana 2025-2027 (PNAC), 2026 (in corso di approvazione).*

Bibliografia

- Agenas, Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022- II semestre 2025: https://www.agenas.gov.it/images/Report_Nazionale_DM77_II_semestre_2025_-_080426.pdf
- 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>