

12 Accesso e selezione degli utenti nel settore sociosanitario: modelli di *gate unici* (PUA) a confronto

di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola,
Agnese Pirazzoli¹

12.1 Introduzione

Il tema dell'accesso al settore sociosanitario e della selezione degli utenti aventi diritto all'attivazione della presa in carico è particolarmente strategico alla luce dell'evoluzione dei bisogni della popolazione (in particolare di quella anziana) e dei fattori istituzionali e ambientali contingenti che oggi orientano sempre più il sistema sanitario verso iniziative di *intermediate care* e di lungo assistenza (Gori, 2008). Il bisogno della popolazione supera infatti di molto l'attuale offerta di servizi esistente e anche la capacità finanziaria del sistema di welfare pubblico. Diventa pertanto cruciale il meccanismo di trasformazione dei bisogni in domanda e di selezione della medesima, dovendo inevitabilmente determinare chi, pur in condizioni di necessità, rimarrà escluso dai servizi sociosanitari pubblici. Governare l'accesso ai servizi diventa quindi una funzione chiave per le aziende sanitarie e gli enti locali soprattutto rispetto ad alcune questioni critiche, quali ad esempio:

- ▶ il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali anche in termini di continuità assistenziale tra ospedale e territorio, *transitional care* e integrazione sociosanitaria (Fosti, Rotolo, 2014);
- ▶ il governo della rete dei servizi in termini di committenza e produzione;
- ▶ iniziative di prevenzione, welfare di iniziativa e analisi del bisogno della popolazione.

¹ Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto degli autori, i paragrafi § 1 e §3 sono da attribuire a Elisabetta Notarnicola, il paragrafo § 4 a Elisabetta Notarnicola e Agnese Pirazzoli, i paragrafi §5 e §6 a Francesco Longo e Giovanni Fosti. Il paragrafo §2 è frutto del lavoro congiunto di tutti gli autori. Gli autori desiderano ringraziare i dirigenti dell'Ufficio di Piano del distretto di Tradate e del Comune di Bologna per le informazioni fornite alla stesura dei casi sul modello lombardo ed emiliano romagnolo. Si ringrazia inoltre GPI S.p.A. che ha consentito, con il suo prezioso contributo, la realizzazione di questa ricerca.

Numerose aziende sanitarie (oltre ai loro corrispettivi per il settore sociale, ovvero i comuni o altri enti del livello locale) hanno affrontato tali criticità relative al tema dell'accesso al sistema ipotizzando dei modelli di servizi basati su Punti Unici di Accesso (PUA), con l'obiettivo di creare dei *gate* unificati ed integrati al sistema capaci di razionalizzare e governare i flussi e i meccanismi di selezione dell'utenza. I PUA rappresentano infatti una nuova modalità organizzativa che facilita l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali per l'utente e la sua famiglia, semplificando i passaggi cui questi ultimi devono adempiere e garantendo un percorso e una presa in carico integrati (Bellentani, Inglese e Banchemo, 2008; Devastato, 2011). I PUA rappresentano un luogo di raccordo fra istituzioni distinte, fra professionisti e ambiti di competenza diversi e fra i differenti setting assistenziali, favorendo così il coordinamento e la gestione delle risorse disponibili e della rete dei servizi stessa.

Studi recenti (Pesaresi 2013(a) e 2013(b)) mostrano che ad oggi in almeno 16 regioni italiane sono state attivate da parte delle aziende sanitarie iniziative di PUA rivolte a specifici target di utenza (ad esempio gli utenti anziani non autosufficienti) o alla generalità della cittadinanza. Il territorio italiano risulta quindi quasi interamente rappresentato, con qualche eccezione in alcune aree geografiche. Nella maggior parte dei casi i PUA sono stati utilizzati come strumento di integrazione intersettoriale nell'accezione più ampia possibile: in sette regioni infatti essi ricomprendono sia prestazioni sociosanitarie, sia sociali e sanitarie, mentre in altre quattro il perimetro si estende alle prestazioni sociosanitarie e sociali.

Diversi modelli di servizi sono stati ipotizzati e progettati per il governo dell'accesso al sistema sociosanitario. Al di là degli aspetti di funzionamento formali e delle caratteristiche dichiarate, quali sono i reali meccanismi di funzionamento e le leve di governo agite nei diversi casi? È possibile definire dei modelli di riferimento tra cui orientarsi per le progettazioni prossime o future?

12.2 I Punti Unici di Accesso (PUA): un framework di classificazione e progettazione.

12.2.1 Una prospettiva sui PUA come strumento manageriale

Nelle diverse realtà aziendali i PUA sono stati concepiti sulla base di modelli di servizi anche molto differenti tra loro. Generalmente essi si distinguono in funzione del target di utenza per il quale sono stati disegnati, dei percorsi definiti per l'accesso e la presa in carico dell'utente, della governance istituzionale che influenza la progettazione e le condizioni di funzionamento del Punto Unico

stesso, delle funzioni ad esso assegnate, del perimetro d'intervento rispetto all'erogazione dei servizi, che può ricomprendere prestazioni socio-sanitarie, sociali e sanitarie o un mix di esse.

In particolare, con riferimento alle possibili funzioni assegnate, i PUA oggi esistenti (Pesaresi, 2008) sono stati concepiti con diversi livelli di funzionalità a partire da versioni più «leggere», alle quali sono state assegnate solo funzioni di informazione ed indirizzo dell'utenza; a versioni «intermedie», alle quali competono anche alcune procedure di presa in carico dell'utenza e indirizzamento verso il sistema dei servizi; fino a versioni più «complesse», che possono spaziare dalla valutazione multidimensionale del bisogno, alla definizione di piani assistenziali, gestione dei rapporti di committenza verso gli erogatori dei servizi o produzione diretta, iniziative di prevenzione, raccolta di dati epidemiologici e non sul bisogno.

Il capitolo si pone l'obiettivo di indagare alcuni modelli di PUA oggi implementati in diverse regioni italiane in modo da analizzare alcuni possibili modelli di governo dell'accesso al sistema socio-sanitario e fornire una comparazione sufficientemente esaustiva delle diverse opzioni disponibili. Oltre a questo, si propongono due casi internazionali che mostrano possibilità alternative in tema di governo dell'accesso.

Obiettivo dell'analisi è indagare le modalità di funzionamento dei punti unici di accesso per avviare una discussione rispetto ad alcune questioni critiche per il welfare del futuro, quali i meccanismi di selezione della domanda e i criteri di accesso al sistema pubblico (Fosti, Larenza, Longo, Rotolo, 2013).

12.2.2 Un modello di analisi e progettazione dei PUA

Il contesto descritto nei paragrafi precedenti, mostra come il servizio PUA possa essere utilizzato con molteplici accezioni e plasmato rispetto ai fabbisogni di governo specifici di ogni singolo territorio. Il fatto che nelle diverse regioni italiane e nelle diverse aziende sanitarie i PUA assumano caratteristiche differenti non costituisce un problema; al contrario, evidenzia che in contesti dissimili il modello viene caratterizzato e utilizzato per il presidio di dimensioni strategiche e/o operative diverse. L'analisi dei modelli regionali di PUA si pone quindi l'obiettivo di approfondire, al di là della governance formale disegnata per i diversi modelli, le diverse possibili modalità di funzionamento dei PUA in termini di pratiche e procedure aziendali. Per questo motivo i tre modelli regionali oggetto di questo capitolo (quello emiliano-romagnolo, quello lombardo e quello toscano) sono stati analizzati attraverso cinque dimensioni chiave, individuate dagli autori come determinanti le caratteristiche di funzionamento dei PUA (Longo, Fosti, Notarnicola, Pirazzoli, 2015). Ognuna di queste corrisponde ad una leva strategica per il governo dell'accesso, ma è soprattutto il mix delle cin-

que che definisce in modo peculiare un modello di PUA differenziandolo da un altro.

Le cinque dimensioni a loro volta possono articolarsi in numerose sottodimensioni: la combinazione di tutte queste possibilità dà vita ad un numero notevole di modelli PUA, coerentemente con quanto già sperimentato sul campo dalle Aziende che si sono dedicate a questo settore.

Le cinque dimensioni considerate sono:

1. Target di utenza
2. Modalità di segnalazione
3. Mission: funzioni assegnate e perimetro di funzionamento
4. Assetto istituzionale
5. Rapporti con la fornitura dei servizi

Il primo elemento considerato è il **target di utenza** verso il quale il sistema PUA è orientato, unitamente ad una sua connotazione di tipo settoriale o di tipo trasversale a più settori e aree di intervento. Queste scelte producono effetti diversi in termini di ottimizzazione della gestione degli interventi erogati, di integrazione intersettoriale e tra diversi filoni di intervento e, più in generale, di segmentazione della domanda potenziale. Il risultato della scelta dei criteri di segmentazione sarà un servizio con una platea di possibili utenti più o meno vasta e più o meno omogenea che genererà, di conseguenza, una speculare copertura degli interventi pubblici e dei servizi tracciati dai PUA.

Il secondo elemento riguarda la ricostruzione dei possibili percorsi di contatto iniziale tra utenti e PUA. Le diverse **modalità di segnalazione** possono essere ad esempio: i) accesso diretto dei cittadini e delle famiglie, dove il PUA diviene la prima porta di accesso al sistema pubblico; ii) accesso tramite segnalazione da parte di un professionista del settore (MMG, Assistente sociale o altro a seconda nei casi), in cui i cittadini utilizzano lo sportello come un nodo intermedio tra una presa in carico già attivata e l'attivazione di altri interventi o servizi; iii) arrivo al PUA di utenti già in carico ad un setting assistenziale definito (sanitario o sociosanitario) ma che necessitano di una rivalutazione del bisogno o altro, che rende il PUA un nodo di *transitional care* tra i diversi setting assistenziali.

Il terzo elemento di analisi riguarda le **funzioni istituzionali assegnate** al PUA, ovvero le competenze attribuite rispetto al settore di riferimento, sociosanitario, sanitario e/o sociale. Le principali funzioni individuate sono: i) informazione; ii) counselling; iii) accesso e primo contatto; iv) certificazione del bisogno, semplice verifica della presenza di requisiti specifici che attestino un bisogno definito; v) valutazione multidimensionale del bisogno; vi) costruzione di un piano assistenziale di intervento; vii) case management; viii) prevenzione e welfare

di iniziativa, con attività di raccolta dati e di osservatorio dei bisogni accompagnate a iniziative di prevenzione e divulgazione. In particolare poi, è critico comprendere come i PUA si posizionino rispetto alla certificazione del bisogno e alla definizione del piano di intervento, considerando che la combinazione tra le due variabili determina un perimetro di intervento nel governo del sistema dei servizi. Le funzioni qui proposte non devono essere lette come un continuum: ognuna di queste può essere considerata singolarmente oppure insieme alle altre in una logica incrementale. Possono così configurarsi PUA che fanno informazione e counselling ma anche prevenzione e welfare di iniziativa, senza presa in carico con valutazione del bisogno, o all'opposto PUA che si concentrano esclusivamente sui momenti *core* della presa in carico tramite valutazione del bisogno, costruzione del piano assistenziale e case management senza altre funzioni accessorie. Qualsiasi sia il mix di funzioni che verrà assegnato al PUA, sarà importante definirle esplicitamente e chiarirle, in modo che l'assetto di governance e le altre caratteristiche del PUA possano essere delineate in modo coerente e di supporto.

Diverse opzioni sono possibili anche rispetto all'**assetto istituzionale** del PUA, che può dipendere da un singolo ente (alternativamente un ente di afferenza sanitaria – azienda sanitaria, distretto – o sociale – comune, ufficio di piano, provincia) o da più enti contemporaneamente. Le caratteristiche della governance, in particolare, dovrebbero presentare una coerenza interna con le funzioni individuate per i PUA, in modo da garantire le condizioni operative per la loro effettiva gestione. La governance poi potrà giocare su diversi livelli di coordinamento e partecipazione dei diversi enti coinvolti: la parte sanitaria (con l'azienda sanitaria) e quella sociale (con il comune) possono collocarsi sullo stesso livello in una logica di co-partecipazione; all'opposto uno dei due livelli può essere individuato come «gestore esclusivo» del modello.

L'ultima dimensione, quella riguardante i **rapporti di committenza rispetto ai fornitori o erogatori** dei servizi socio-sanitari e sociali, definisce il posizionamento dei PUA rispetto a questi ultimi (nessun rapporto, rapporto di committenza, rapporto di semplice gestione amministrativa senza committenza...). I diversi posizionamenti incidono sul rapporto tra professionisti del PUA e utente, ma anche su quelli tra PUA e altri attori pubblici, in modo tale da richiedere anche in questo caso un buon livello di coerenza tra il disegno di questa dimensione e l'insieme delle altre.

12.3 Metodo e fasi della ricerca

L'analisi degli assetti emergenti dei PUA è stata effettuata attraverso *multiple case studies* costruiti a partire da diverse fonti di dati. Sono state indagate tre diverse Regioni italiane: Emilia Romagna, Lombardia e Toscana. Nel caso del-

le Regioni Emilia Romagna e Toscana sono state analizzate una o due diverse iniziative di PUA realizzate dalle loro aziende sanitarie; nel caso della Regione Lombardia si è scelto invece di approfondire la transizione tra due diversi modelli di PUA generata da un rinnovamento della normativa regionale. Tale decisione è stata assunta al fine di evitare le distorsioni determinate dal cambiamento in atto, ad uno stadio più o meno avanzato a seconda dei territori presi in considerazione che rende i modelli di servizio applicati non ancora definitivi. La scelta delle Regioni è stata influenzata, in particolare, dalla presenza di sistemi di protezione sociosanitaria consolidati e sufficientemente efficienti, oltre che dalla loro storica innovatività nelle politiche sociali. Esse presentano inoltre un contesto socio-economico e culturale simile che le rende confrontabili.

I casi studio sono stati ricostruiti a partire dall'analisi desk del materiale scientifico e grigio a disposizione sul tema e classificati nel framework presentato al precedente par. 12.2. In particolare, sono state consultate ricerche precedenti che già avevano svolto un monitoraggio delle esperienze italiane di PUA esistenti (Bellentani, Inglese, Banchemo, 2008; Devastato, 2008; Devastato, 2011). Rispetto ad alcune tematiche non chiare dalla documentazione aziendale e dalla letteratura analizzata, sono state effettuate interviste *de visu* o telefoniche ad attori individuati chiave dei diversi contesti regionali.

La ricerca si è pertanto articolata quindi in cinque fasi successive:

1. Prima analisi della letteratura italiana esistente sul tema e individuazione dei casi da analizzare;
2. Raccolta di materiale grigio sui casi studio selezionati e prima classificazione dei PUA sulla base del framework dichiarato.
3. Interviste di controllo e approfondimento con attori chiave dei diversi casi di PUA analizzati.
4. Individuazione di casi internazionali rilevanti sul tema e raccolta di dati ed informazioni. La scelta dei casi è stata effettuata in ragione della loro confrontabilità dal punto di vista delle caratteristiche socio-economiche e della loro innovatività. Essi risultano particolarmente interessanti per l'individuazione di buone pratiche e spunti di riflessione specifici per il welfare italiano. I casi studio internazionali sono stati realizzati a partire da analisi desk su documentazione grigia nazionale (casi dal sistema di welfare francese e tedesco) e attraverso due viaggi di studio effettuati nel 2015 per intervistare manager, studiosi e regolatori sul campo.
5. Sistematizzazione delle evidenze raccolte tramite le diverse fonti, comparazione degli assetti emergenti di PUA ed elaborazione riflessioni sulle implicazioni manageriali.

Box 12.1 Fonti documentali utilizzati per i casi studio regionali**Emilia Romagna**

a) *Agenzia sanitaria e sociale regionale, 2013*. La qualità del servizio sociale territoriale in Emilia-Romagna. Rapporto finale di ricerca.

b) *Annicchiarico G., Civitella G., Pancaldi A., Zucchini M., 2009*. L'esperienza degli sportelli sociali a Bologna: tra struttura e funzione, tra informazione e presa in carico, in *Autonomie locali e servizi sociali*, n.3/2009, Il Mulino, Bologna.

c) *Curcetti C., Bianchin M., Brambilla A., Bergamaschi A., Ragazzini F., 2008*. Esperienze a confronto regione Emilia-Romagna, in: *Quaderno di Monitor n.2, Punto unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale*, Anno VII Numero 21, pp.25-28.

d) *Provincia di Bologna, IRESS, 2013*. Sportelli sociali in provincia di Bologna: prassi di accoglienza e dinamiche organizzative. Esiti e proposte di un percorso formativo-laboratoriale, Bologna.

d) *Valdiserra M., 2008*. Lo sportello unico distrettuale di Bologna, *Prospettive sociali e sanitarie* n18/2008, pp12-14.

Lombardia

a) *Legge Regionale n.3 del 12 marzo 2008*. Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario.

b) *Programma Regionale di Sviluppo della X Legislatura, 2013*.

c) *Ghetti V., Tidoli R., 2012*. Che fine hanno fatto i CeAD?, *Lombardiasociale.it*.

d) *Merlo G., 2013*. Welfare sociale e disabilità in Lombardia: una prudente discontinuità, *Lombardia-sociale.it*.

Toscana

a) *Consiglio Regionale della Regione Toscana, 2010*. Il Fondo regionale per la non autosufficienza: primi risultati dell'attuazione della L.r. 66/2008.

b) *Società della Salute di Firenze*. Regolamento del Punto Unico di Accesso (Pua) e dei Punti Insieme della Società della Salute / Zona – Distretto di Firenze.

c) *Iacopini A., 2008*. Il sistema informativo del Punto Unico di Accesso nella Società della Salute di Pisa, *Prospettive sociali e sanitarie*, n.18/2008, pp.19-21

d) *Vassalle A., 2008*. Regione Toscana. I percorsi di presa in carico della persona non autosufficiente. *Legge Regionale n. 66 del 18 dicembre 2008*.

12.4 I casi studio**12.4.1 Il modello emiliano romagnolo e la sua implementazione nella provincia di Bologna e nella città di Parma.**

La Regione Emilia Romagna ha concepito da tempo il distretto sociosanitario come il luogo privilegiato dell'integrazione tra sanità, sociosanitario e socio-assistenziale. Per favorire una governance più integrata ha coinvolto a fondo gli enti

locali nell'allocazione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (composto per il 75% da risorse dedicate del FSR e per il resto da risorse aggiuntive finanziate dalla Regione stessa) a livello di singolo distretto. Gli enti locali detengono la maggior parte delle prerogative di governo per la sua programmazione, mentre ai servizi dell'AUSL compete la sua amministrazione e rendicontazione. Questo assetto di governance integrato ha favorito già dai primi anni duemila diverse iniziative di regolazione unitaria dell'accesso all'assistenza e cura, prevalentemente insistendo sul livello distrettuale. Un esempio di questa tendenza viene dall'istituzione in ambito sociosanitario di punti unici per le cure domiciliari, attivati nei distretti delle Aziende USL. In parallelo furono attivati anche gli sportelli unici distrettuali (con la DGR 309 del 2000) attraverso i quali le Aziende USL gestiscono ancora oggi diverse procedure amministrative per il cittadino.

Negli stessi anni, iniziative simili sono state promosse anche in ambito sociale; con la Legge Regionale numero 2 del 2003 (istitutiva della rete dei servizi sociali) si auspicava infatti l'apertura di Sportelli Sociali su base comunale che avessero funzione front-office con il cittadino, di gestione del primo contatto, dell'informazione, dell'orientamento e di invio a servizi specifici. Questo impulso regionale ha prodotto negli anni successivi un grado di attuazione molto differenziato a livello locale, dove gli Sportelli Sociali sono stati implementati con modalità e tempistiche molto diverse (nel 2013, a 10 anni dall'istituzione, erano diffusi nell'85% dei Comuni della Regione). Ad oggi esiste una rete molto più capillare di Punti Unici Distrettuali nelle AUSL, così come di Sportelli Sociali comunali.

Riassumendo, il sistema di accesso disegnato dal livello regionale si basa su tre diversi *gate* con una specifica connotazione settoriale:

- ▶ gli Sportelli Unici Distrettuali che fanno capo ai distretti sociosanitari delle AUSL e che offrono principalmente servizi di gestione pratiche amministrative, informazione e gestione delle prenotazioni tramite CUP per l'assistenza territoriale, specialistica e per alcune prestazioni sanitarie integrative (ausili, dispositivi, prodotti per l'alimentazione...);
- ▶ i Punti Unici di Accoglienza per le cure domiciliari, gestiti dai Dipartimenti di Cure Primarie delle AUSL. Questi *gate* si occupano di fare la valutazione del bisogno e di curare l'attivazione e l'organizzazione dell'assistenza al domicilio (erogando visite specialistiche al domicilio e iniziative di *counselling* presso i reparti ospedalieri). Allo stesso tempo sono incaricati anche della gestione dei rapporti con il servizio sociale territoriale ed il servizio assistenza anziani;
- ▶ gli Sportelli Sociali, gestiti su base comunale. Questi sportelli si rivolgono alla totalità della popolazione con la funzione principale di fornire informazioni al cittadino rispetto al sistema di welfare regionale senza una presa in carico vera e propria.

In questo framework generale le singole realtà locali hanno messo in atto specifiche soluzioni di integrazione dei percorsi di accesso, coerenti con l'articolazione organizzativa in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale del territorio e con le strategie delle Aziende USL e dei Comuni di riferimento.

12.4.1.1 *Lo sportello sociale a Bologna*

Nel territorio del Comune di Bologna, particolarmente interessante è l'assetto di PUA messo in atto sul fronte sociale dal Comune e dalla Provincia di Bologna: lo Sportello Sociale della Provincia di Bologna². Questo si posiziona come uno sportello socio-sanitario, rivolto alla totalità dei cittadini, per i quali è porta unica d'accesso al sistema dei servizi alla persona. Si pone quindi come un servizio trasversale a settori e aree di intervento il cui driver di funzionamento è principalmente un driver geografico, avendo individuato come ottimale il livello del quartiere. Lo Sportello si pone quindi in logica di integrazione intersettoriale così da garantire l'unitarietà dell'accesso sul territorio. Questa finalità è rafforzata anche dalla governance del modello, dato che la gestione del servizio è in capo al settore sociale del Comune con una forte collaborazione con l'AUSL ed in stretta connessione con il Comitato di Coordinamento dei Direttori di Quartiere.

Le principali funzioni svolte riguardano:

- ▶ *informazione al cittadino*, in primis circa gli interventi gestiti direttamente da Comune e AUSL sul territorio bolognese, ma anche rispetto ai servizi privati a pagamento esistenti, in una logica di visione complessiva dei servizi offerti sul territorio;
- ▶ la funzione di *promozione sociale*, agevolando l'incontro fra domanda/offerta di servizi proposti da organizzazioni private;
- ▶ *l'orientamento* per le famiglie e i singoli cittadini nel sistema dei servizi pubblici e rispetto alla gestione dei carichi familiari e all'organizzazione dell'assistenza;
- ▶ *osservatorio dei bisogni*, in quanto si occupa anche della raccolta di dati sulla domanda, di rilevazione dei bisogni sociali espressi dai cittadini.

Il perimetro di intervento degli operatori sociali presenti allo sportello riguarda quindi solamente la fase iniziale della presa in carico: rilevazione del bisogno e orientamento del cittadino nella rete dei servizi; accoglienza delle domande del cittadino; funzione di filtro (*gate-keeping*) delle domande del cittadino. Infatti, nel momento in cui i cittadini riportano allo sportello sociale le loro istanze, sta all'operatore decodificarle, eventualmente indirizzarle verso l'intervento più appropriato o respingerle se non appropriate.

² Mentre si scrive sono in corso alcuni importanti cambiamenti nella governance complessiva tra Comune di Bologna, Provincia di Bologna, nuova città Metropolitana di Bologna, Azienda Speciale dei Servizi alla persona della città e AUSL che potranno portare a cambiamenti anche rispetto alla gestione dell'accesso al settore socio-sanitario e sociale.

12.4.1.2 Il modello di polo territoriale della città di Parma.

Un secondo esempio di implementazione ed evoluzione delle indicazioni regionali viene da quanto messo in atto nella città di Parma, con i Poli Territoriali per l'accesso al sistema sociale e sociosanitario. Il Polo Territoriale si configura come un punto di accesso dedicato ai cittadini anziani non autosufficienti. L'obiettivo perseguito è stato quello di agevolare l'accesso al sistema pubblico per questa fascia particolarmente fragile della popolazione, istituendo una rete capillare di punti di accesso localizzati nei quartieri cittadini.

L'assetto istituzionale prevede che questi facciano capo sia al Comune che all'AUSL. Sono gestiti direttamente dalla struttura operativa del servizio anziani del Comune di Parma, cui spetta il coordinamento, tramite propri operatori, prevedendo però un forte raccordo con l'AUSL. Questo assetto istituzionale integrato si evidenzia particolarmente nel coordinamento tra i Poli territoriali e le Unità di Valutazione Geriatriche (a gestione mista Comune e AUSL).

I Poli Territoriali hanno funzioni molto ampie e gestiscono tutta la filiera della presa in carico dell'anziano non autosufficiente, collocandosi come un nodo di:

- ▶ *primo accesso ed informazione*: i potenziali utenti e le loro famiglie possono ottenere informazioni e consulenze su caratteristiche dei servizi, su modalità e criteri di accesso e su alternative assistenziali possibili;
- ▶ *esplicitazione e selezione della domanda*: dopo un primo colloquio, compito degli operatori è di trasformare l'espressione di un'esigenza da parte dell'utente o della sua famiglia in domanda appropriata da inviare al livello di servizio coerente;
- ▶ *valutazione multidimensionale del bisogno per i casi complessi*: fatta dagli operatori oppure dalla UVG (composta da un geriatra, un infermiere dell'AUSL e un assistente sociale del Comune se emerge un profilo più complesso di natura sociosanitaria);
- ▶ *costruzione di un piano assistenziale di intervento*: gli operatori elaborano il progetto di vita e di cura (primo piano assistenziale fornito al cittadino);
- ▶ *case management*: gli operatori del Polo Territoriale di fatto rivestono il ruolo di case manager in quanto forniscono supporto alle famiglie circa la programmazione dei percorsi assistenziali, potendo fornire anche consulenza circa l'organizzazione dell'assistenza informale e familiare.

Gli operatori inoltre svolgono attività di accompagnamento e *counselling* e, quando necessario, attivano il percorso di presa in carico per i servizi assistenziali necessari (dalla valutazione all'inserimento nei servizi garantiti dagli erogatori contrattualizzati dal sistema pubblico).

In un primo confronto inter-regionale, si può quindi osservare come a Bologna lo spettro di azione dello sportello unico di accesso comunale sia più largo (includen-

do tutte le categorie di bisogni) rispetto a Parma (focalizzato su anziani non auto-sufficienti), ma allo stesso tempo meno profondo (ci si limita a informare e inviare). A Parma, infatti, si opera in maniera più integrata con il processo di valutazione dei bisogni complessi, di invio ai servizi e di successivo case management. All'opposto, a Bologna, vi è una maggiore attenzione a rilevare i bisogni aggregati presenti nei quartieri per supportarne le funzioni di *advocacy* politica e per alimentare le informazioni necessarie alla programmazione dei servizi sociali.

12.4.2 Il modello lombardo: il sistema Cead e l'evoluzione verso il Suw.

Il concetto di accesso e presa in carico integrata tra settore socio-sanitario e sociale è presente nel modello lombardo sin dalla sua istituzione. Se inizialmente questa funzione era allocata ai servizi di Segretariato Sociale classico (e quindi in capo al solo settore sociale dei singoli Comuni), nel tempo il modello è evoluto individuando dei veri e propri servizi dedicati alla gestione dell'accesso e della presa in carico unitaria del cittadino. Questo è avvenuto in parallelo ad un più generale tentativo di messa a sistema degli interventi e di integrazione tra il settore sociale e socio-sanitario. Il primo riferimento ad una configurazione da sportello unico dedicato ai cittadini è intervento nell'area dell'assistenza domiciliare attraverso l'istituzione dei Centri per l'Assistenza Domiciliare (o CeAD). Alla loro istituzione (con la DGR 10759 del 2008) si prevedeva che le ASL del territorio, in raccordo con i Comuni e gli Uffici di Piano per il settore sociale organizzassero dei punti di accesso votati al filtro delle domande e all'orientamento dell'utenza in modo da garantire snellezza organizzativa e amministrativa e migliorare l'accessibilità e capacità di risposta.

Successivamente altre iniziative sono state promosse per la diffusione di *gate* unici che potessero supportare il governo della rete dei servizi, tutte con una forte connotazione settoriale e una specializzazione ad una unica (o poche) tipologie di utenza. Dopo l'assistenza domiciliare, un altro stimolo è stato introdotto rispetto ai servizi per la famiglia, agendo sulla mission tradizionale dei consultori verso veri e propri Centri per la Famiglia, in grado di assicurare la presa in carico globale di tutte le problematiche che attengono le famiglie in senso lato. Diventano così un punto di primo accesso, di informazione e orientamento ai diversi servizi socio-sanitari e sociali, anche rispetto alla rete formale ed informale del volontariato. Questa connotazione per singoli target di utenza viene recentemente superata con l'introduzione dell'ipotesi degli Sportelli Unici del Welfare (SUW). Questi ultimi infatti nascono nell'ottica di una «modalità unitaria di presa in carico integrata e dei conseguenti interventi ad essa dedicati, in una logica di collaborazione pubblico privato e di superamento dell'attuale frammentazione e sovrapposizione» (DGR X/116 del 2013).

Questi diversi schemi di *gate* unici ipotizzati dal programmatore regionale hanno visto una diffusione a macchie di leopardo in Lombardia, dove sono state implementate con modalità e soluzioni organizzative anche molto diverse.

12.4.2.1 *I Cead.*

Questi *gate* unici fanno capo ai distretti sociosanitari delle ASL e sono gestiti in stretto coordinamento con i Comuni. Ogni CeAD è definito nelle sue caratteristiche e gestito a livello di distretto sociosanitario tra l'ASL ed i comuni associati nell'Ambito sociale territoriale. L'ipotesi di fondo è quella di creare una struttura organizzativa dove le due anime dell'assistenza domiciliare (quella più sanitaria e quella più assistenziale) possano collaborare, dialogando e portando allo sviluppo di esperienze molto diversificate. Il target al quale il servizio è dedicato è quello degli anziani e disabili in condizione di non autosufficienza e loro famiglie, limitatamente ai servizi domiciliari.

Il modello CeAD prevede la gestione di tutte le fasi della presa in carico del cittadino da parte di un operatore o di un gruppo di operatori che, anche se possono cambiare nel tempo o per funzione, hanno un alto coordinamento in back office tra loro. In prima istanza le richieste di presa in carico possono giungere al CeAD da vari nodi del sistema dei servizi (MMG, servizio sociale, azienda ospedaliera), così come direttamente da parte dei diretti interessati e dalle loro famiglie. Il CeAD svolge quindi una prima funzione di inquadramento del caso e di valutazione del bisogno rispetto all'assistenza domiciliare, valutando e ricostruendo il quadro clinico e sociale della persona fragile. Sulla base di questa valutazione viene quindi elaborato un Piano di Assistenza Individuale (PAI), per la realizzazione del quale gli operatori dei CeAD sono chiamati a mettere a sistema i possibili servizi offerti dalle strutture territoriali di riferimento (servizi di assistenza domiciliare, centri diurni, ..., Associazioni Familiari) così come, se necessario, prestazioni economiche (voucher, buoni sociali) o presidi ed ausili sanitari.

Gli operatori del CeAD sono quindi incaricati anche dell'orientamento della famiglia rispetto alla scelta dell'erogatore del servizio. Successivamente è loro compito gestire il coordinamento tra più erogatori ed eventualmente anche con le strutture sanitarie (se coinvolte nella fase di diagnosi e terapia), nonché con altri eventuali interventi complementari di sostegno alla domiciliarità.

Le funzioni svolte dal CeAD sono quindi di:

- ▶ *filtro ed orientamento* per le persone anziane, disabili non autosufficienti e le loro famiglie;
- ▶ *regolazione* degli accessi a servizi e prestazioni domiciliari;
- ▶ *erogazione delle risorse* e dei servizi in base alle risorse disponibili e alla gravità e urgenza dei bisogni.

12.4.2.2 *I Suw.*

Gli Sportelli Unici del Welfare (Suw) superano la visione settoriale e per aree di intervento e si propongono come PUA per l'accesso al sistema di welfare, qualsiasi sia il bisogno espresso dai cittadini. Questi si posizionano quindi come degli sportelli informativi per il cittadino con aggiunte funzioni di coordinamento tra

settori ed attori pubblici. Il tentativo è anche quello di concentrare in un unico luogo lo svolgimento di procedure da parte dei cittadini, come ad esempio rispetto alle dichiarazioni di non autosufficienza.

Infatti i Suw svolgono principalmente le funzioni di:

- ▶ *informazione* sulle possibilità assistenziali e aiuto al cittadino nell'individuazione delle risposte adatte;
- ▶ *indirizzo e accompagnamento* verso i vari servizi del territorio;
- ▶ *supporto* nello svolgimento delle pratiche necessarie per attivare l'assistenza;
- ▶ *erogazione diretta* dei primi interventi di competenza dell'ASL;
- ▶ *valutazione multidimensionale* per l'ottenimento dei benefici per le persone in condizioni di disabilità e non autosufficienza.

In questa visione i Suw si collocano in una rete diversificata di punti di accesso (nella quale rimangono attivi sia i CeAD che i Centri per la Famiglia). Il presupposto è qui quello di diffondere in modo capillare sul territorio dei luoghi che possano agevolare i cittadini più fragili, ma non solo, nell'accesso al sistema pubblico e privato dell'assistenza. Tutti questi *gate* citati hanno anche il compito, infatti, di diffondere sul territorio la conoscenza di iniziative private e del mondo dell'associazionismo, che possono completare la rete sociale e socio-sanitaria pubblica.

Nel caso lombardo è utile sottolineare come la forte spinta valoriale ed istituzionale a sviluppare *gate* unitari di accesso abbia portato ad un diffondersi e stratificarsi di diverse iniziative che coesistono in maniera complementare tra di loro. Le prime, come è fisiologico, hanno avuto una origine focalizzata su un target specifico (cure domiciliari e consultori familiari), le ultime si sono sviluppate con una vocazione generalista. Non si è realizzata una progressiva e crescente ricomposizione complessiva ma un succedersi di stratificazioni successive, che rischiano di introdurre nuovi e inattesi elementi di frammentazione nei percorsi di accesso effettivi.

12.4.3 Il modello toscano e la sua implementazione nella Società della Salute di Firenze.

Rispetto alla Regione Toscana è di particolare interesse analizzare il caso della rete dei punti unici di accesso disegnata per il governo dei servizi dedicati ad anziani non autosufficienti. Il modello toscano, rispetto a questo target di utenti prevede un sistema di Punti Unici di Accesso e Punti Insieme, centrato su tre nodi distinti:

- ▶ *i Punti Insieme*: primo punto di contatto del cittadino collocato nei quartieri cittadini per garantire una forte prossimità;

- ▶ *i Punti Unici di Accesso*: Il PUA, presente in ogni Società della Salute, assicura la presa in carico del cittadino attraverso la gestione e coordinamento della rete territoriale dei servizi per la non autosufficienza;
- ▶ le *Unità di Valutazione Multidimensionali*: effettuano la valutazione multidisciplinare delle condizioni di bisogno e approvano il «Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente».

Appare evidente sin da questa prima descrizione come il sistema toscano abbia voluto evidenziare e specializzare le diverse funzioni legate all'accesso al sistema, isolando le competenze e i ruoli.

I nodi del sistema di accesso sono presidiati dalle Società della Salute e la loro natura di agenzie sociosanitarie regionali obbligatoria ha garantito una ampia diffusione a livello territoriale (tutte le SdS hanno attivato la rete dei PUA e annessi).

Più dettagliatamente:

- ▶ i Punti Insieme (PI) svolgono funzione di *informazione e primo contatto* con l'utente. Il cittadino presenta al PI il proprio bisogno e viene preso in carico. Questi fanno parte della rete integrata dei servizi sociali e sanitari e costituiscono una diramazione organizzativa dei PUA, rispetto ai quali hanno una diffusione territoriale più capillare. Dopo aver preso in carico il caso, i Punti Insieme restituiscono al cittadino, con tempi certi di risposta previsti, un primo feedback rispetto al suo bisogno assistenziale e l'indicazione di proseguire il processo di presa in carico verso i PUA se si profila l'attivazione di specifici interventi pubblici;
- ▶ la presa in carico passa dal Punto Insieme al PUA nel momento in cui si riscontrano i margini per l'attivazione di una valutazione del bisogno considerato complesso o intenso. I PUA svolgono principalmente funzione di *case management*: costituiscono il nodo di raccordo tra l'unità di valutazione, gli erogatori dei servizi e la famiglia. I PUA sono coordinati dalle Società della Salute e sono gestiti da uno staff di professionisti sociali e sanitari. Dopo aver ottenuto la valutazione del bisogno, i PUA si occuperanno della *stesura del piano assistenziale* insieme al cittadino e alla sua famiglia;
- ▶ le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) svolgono funzione di *certificazione e classificazione del bisogno* sulla base di scale valutative e andando a definire un indice di gravità del caso. Oltre alla valutazione del bisogno producono anche una prima proposta di piano assistenziale che viene inviato al PUA, il cui compito sarà quello di chiuderlo dopo averlo discusso con la famiglia e valutato le compatibilità finanziarie con i budget pubblici. Le UVM sono unità organizzative dei PUA, che però rimangono organizzativamente distinti dai punti unici di accesso.

Il funzionamento concreto della rete territoriale che connette Punti Insieme, Punti di Accesso e UVM è stata lasciata libera alle decisioni delle singole Società della Salute. Nel territorio di Firenze è stato realizzato un modello che potrebbe essere definito di *hub and spoke*: infatti il Punto Unico di Accesso (PUA) è organizzato in un punto centrale PUA(C) e in punti di accesso territoriali PUA(T).

Più precisamente:

- ▶ Il PUA Centrale è punto di coordinamento della presa in carico e garantisce:
 - La raccolta delle richieste di valutazione del bisogno che giungono dai PUA Territoriali e dagli MMG;
 - L'attivazione dei percorsi di valutazione delle UVM;
 - Il coordinamento tra le UVM del territorio;
 - La gestione dei rapporti tra utente, famiglia, MMG,...
 - L'approvazione e comunicazione dei piani di assistenza;
 - Il governo dei flussi finanziari e informativi;
 - Il supporto al monitoraggio delle risorse della Società della Salute rispetto al sistema socio-sanitario.
- ▶ Il PUA Territoriale, affiancando i Punti Insieme, gestisce:
 - Le informazioni per i cittadini;
 - La raccolta delle domande di intervento;
 - La prima valutazione del bisogno e iscrizione di una prima istanza di intervento;
 - La presa in carico tempestiva in casi di urgenza;
 - Le segnalazioni al PUA Centrale delle attivazioni di UVM.

Il sistema toscano delle Società della Salute è riuscito quindi a generare una regia unitaria dei percorsi di accesso. Questo non ha impedito di lasciare articolate in tre distinti luoghi di contatto per l'utente le diverse fasi di interlocuzione: il primo contatto, la certificazione del bisogno, l'effettiva attivazione dei servizi legati ad un piano assistenziale realisticamente finanziabile dal sistema pubblico. Rimane da capire quanto la prevista integrazione funzionale tra questi distinti step di accesso riesca a semplificare la fruizione agli utenti, posto che questi rischiano in ogni caso di dover presentarsi a più di uno sportello fisico per gestire il proprio ingresso nel sistema.

12.4.4 Confronto sinottico dei tre casi studio.

Dall'analisi dei casi delle Regioni selezionate, emerge che i *gate* «unici» di accesso sono concepiti e attivati focalizzandosi quasi sempre su singoli target e non su uno spettro ampio di utenti. Questi target sono talvolta individuati per tipologia di servizio (es. le cure domiciliari), altre volte per tipologia di bisogno (la non

autosufficienza). La tipologia di target individuata differisce, anche all'interno delle Regioni stesse.

In genere, pur all'interno delle omogeneità garantite dalle architetture regionali dei sistemi sociosanitari, le soluzioni micro-organizzative ed operative adottate dalle singole aziende, anche nella stessa Regione, presentano forti gradi di eterogeneità. Questo è sintomo di una evoluzione organizzativa ancora magmatica e in divenire che non ha potuto ancora capitalizzare alcune soluzioni convincenti da replicare in modo sistematico. In tutti i casi analizzati inoltre, emerge una stratificazione di soluzioni a partire da punti diversi del sistema, ognuna delle quali è evoluta nel tempo cercando di divenire più ricompositiva ed organica, contribuendo invece in alcuni casi a generare degli arcipelaghi di *gate* di accessi debolmente interconnessi tra di loro. La sommatoria di processi ed energie ricompositive, non ripensate in un'ottica complessiva di sistema locale, rischia di enfatizzare ulteriormente sul terreno la frammentazione dei sistemi di accesso esistenti.

In Emilia Romagna, per esempio, sono presenti distinte iniziative attivate a livello regionale prevalentemente sul livello Distrettuale delle AUSL: troviamo infatti sia il PUA distrettuale per le cure domiciliari sanitarie, sia lo Sportello sociosanitario «unico» distrettuale. A questi due sportelli si aggiunge lo sportello sociale attivato dai Comuni, che si somma, in molti casi, ad ulteriori sportelli «unici» aperti dalle diverse ASP (aziende di servizi alla persona) locali.

Anche nel caso della Lombardia si osserva una graduale stratificazione di soluzioni di accesso: oltre ai Centri per l'Assistenza Domiciliare (CeAD) stanno nascendo gli Sportelli Unici del Welfare (SUW), rischiando nei fatti di accostare diversi servizi responsabili della stessa funzione di supporto all'accesso ai servizi.

La Toscana si focalizza su un sistema di accesso dedicato ai cittadini anziani non autosufficienti centrato su tre nodi distinti: i Punti Insieme, i Punti Unici di Accesso e le Unità di Valutazione Multidimensionali. La loro segmentazione del lavoro, frutto di sviluppi cronologicamente successivi, impone all'utente di passare da un'interfaccia all'altra. La fatica degli utenti nella fruizione dispersa potrebbe essere mitigata dalla capacità dei tre nodi di integrarsi funzionalmente: ma questo non è necessariamente garantito sul terreno.

Utilizzando il framework di analisi basato sulle cinque dimensioni descritte nel par. 12.2 è possibile comparare i diversi modelli di *gate* unici presentati.

Rispetto al target di utenza le Regioni si posizionano diversamente, privilegiando raramente l'apertura all'intera cittadinanza e individuando più spesso un target specifico (in questi casi il target della non autosufficienza o della famiglia). Sembra esserci una corrispondenza tra una funzione più informativa, di presa in carico leggera, nei casi in cui i PUA si rivolgano a tutti i cittadini, mentre sembra svilupparsi la possibilità di una presa in carico completa lungo tutta la filiera nei casi in cui si sia scelto un target più specifico.

Tabella 12.1 **PUA a confronto: dimensioni Target di utenza; Modalità di segnalazione; Governance del modello; Rapporti con la fornitura dei servizi.**

	Emilia Romagna		Lombardia		Toscana
Dimensioni di funzionamento	Sportello Sociale (Bologna)	Polo territoriale (Parma)	CeAD	SUW	Sistema dei Punti Insieme, PUA e UVM
Target	Cittadini con bisogni sociali o sociosanitari	Anziani con bisogni sociali o sociosanitari	Anziani non autosufficienti e disabili in ass. dom.	Cittadini fragili con bisogni sociosanitari e sociali	Anziani non autosufficienti
Modalità di segnalazione	Famiglia Utente Professionista	Famiglia Utente Professionista	Famiglia Utente Professionista Transitional care	Famiglia Utente Professionista Transitional care	Famiglia Utente Professionista Transitional care
Assetto istituzionale	Comune + AUSL	Comuni + AUSL	ASL + Comune	ASL	Società della Salute
Rapporti con i fornitori	Nessun rapporto con i fornitori	Controlla, liquida e negozia il contratto; Coordina l'inserimento	Controlla e liquida il contratto; Coordina l'inserimento	Controlla e liquida il contratto; Coordina l'inserimento	Controlla e liquida il contratto; Coordina l'inserimento

Differente è anche l'apertura rispetto ad altri nodi del sistema assistenziale, ovvero rispetto alla possibilità di «gestire» utenti che sono già in carico ad altri setting assistenziali e che devono essere supportati nel loro riposizionamento in un altro setting (PUA come gestore della *transitional care*). Questo sottende una diversa visione di questo servizio: il PUA può essere considerato come porta di accesso verso l'esterno ed accogliere quindi solo cittadini che non hanno in corso una presa in carico sanitaria, sociosanitaria o sociale che sia. Diversamente il PUA può anche supportare il passaggio da un setting assistenziale all'altro prendendo in carico ad esempio anche utenti da dimissioni ospedaliere o in «uscita» da altri servizi.

Rispetto all'assetto istituzionale prevale la scelta di incardinare la struttura del PUA su un solo soggetto pubblico, sia esso Comune o Azienda Sanitaria, promuovendo successive modalità di coordinamento tra enti (tra professionisti, tra procedure, sul budget, etc.). La gestione congiunta del servizio appare al momento una ipotesi non presente.

Nei rari casi in cui il PUA si occupa della filiera completa della presa in carico può arrivare fino alla gestione diretta dell'erogazione del servizio e alla gestione amministrativa dei fornitori. Negli altri casi i PUA non hanno rapporti formali

diretti con i fornitori, se non per quello che riguarda compiti più generali di informazione e case management verso l'utente.

Anche in riferimento alle funzioni svolte e alla dimensione del perimetro d'intervento, le Regioni si posizionano in modo differente. Mentre, infatti, la Lombardia certifica il bisogno unitamente alla definizione di un Piano di Intervento basato su un budget pubblico, in Toscana queste due attività vengono svolte separatamente da due diversi nodi della rete di presa in carico. Nel caso della Regione Emilia Romagna, a Bologna gli sportelli sociali costituiscono una porta di ingresso al sistema senza incidere su piani assistenziali e budget, mentre a Parma i Poli Territoriali si occupano direttamente sia della certificazione del bisogno, sia della costruzione del piano assistenziale. Infine, emerge che in nessuna delle Regioni considerate i PUA promuovono azioni di pooling delle risorse pubbliche e private della famiglia, ad esempio tramite la definizione di budget di cura capaci di ricomporre risorse pubbliche e private.

Da ultimo, una differenziazione emerge anche tra le funzioni svolte dai PUA all'interno di una stessa Regione. In Emilia Romagna riscontriamo differenze fra il caso bolognese, dove le funzioni svolte sono di numero inferiore e rivolte soprattutto alla gestione delle informazioni, counselling e di primo contatto, e il caso parmense, dove si realizza anche la certificazione del bisogno, la costruzione del piano assistenziale e viene svolta un'attività di case management. In Lombardia e Toscana, invece, oltre alle funzioni di informazione e accesso, vengono svolte attività di certificazione del bisogno e costruzione del piano assistenziale, con l'aggiunta, nel sistema toscano, di attività di case management. Ovviamente

Tabella 12.2 **PUA a confronto: quale funzione e perimetro di intervento.**

Perimetro d'intervento	Emilia Romagna		Lombardia		Toscana
	Sportello Sociale (Bologna)	Polo territoriale (Parma)	CeAD	SUW	Sistema dei Punti Insieme, PUA e UVM
Porta di ingresso del sistema	X				
Certificazione del bisogno o definizione del Piano di Intervento costruito su budget pubblico svolti da soggetti diversi					X
Certificazione del bisogno + definizione del Piano di Intervento costruito su budget pubblico		X	X	X	

Tabella 12.3 **PUA a confronto: funzioni assegnate ai diversi PUA.**

Funzioni possibili	Emilia Romagna		Lombardia		Toscana
	Sportello Sociale (Bologna)	Polo territoriale (Parma)	CeAD	SUW	Sistema dei Punti Insieme, PUA e UVM
Informazione	X	X	X	X	X
Counselling	X		X	X	
Accesso e Primo Contatto	X	X	X		X
Valutazione del bisogno		X	X	X	X
Costruzione del PAI sul budget pubblico		X	X	X	X
Case Management		X			X
Prevenzione e Welfare di iniziativa	X				

le funzioni non presenti nel *gate* unico del sistema vengono svolte in altri punti del sistema, confermando la tradizionale frammentazione dei percorsi di accesso.

12.5 Due esempi di Punto Unico di Accesso dal contesto europeo.

Anche nel contesto europeo sono state promosse numerose iniziative di unificazione e semplificazione dei percorsi di accesso, che ripropongono le stesse problematiche dei PUA italiani. Per apprendere delle lezioni dal contesto internazionale, utili per rispondere ad alcune debolezze delle esperienze domestiche, sono stati analizzati due casi di sportelli di accesso al sistema socio-sanitario che presentassero caratteristiche di innovazione. Sono stati scelti due casi, dalla Germania (Longo, Notarnicola, 2014) e dalla Francia (Bloch, 2011; Notarnicola, 2014), entrambi rivolti allo specifico target di utenza delle famiglie con anziani non autosufficienti in carico. Il caso tedesco è quello degli Sportelli di Counselling di rete esistente a Lipsia, *Pflege Network Leipzig*; il secondo è quello dei Clic, *Centres locaux d'information et de coordination gérontologique*, esistenti in tutta la Francia.

12.5.1 Sportelli di Counselling di rete.

L'esperienza di Lipsia ci parla di una iniziativa di sportello di accesso ai servizi per la non autosufficienza, nata su proposta dei soggetti privati accreditati ero-

gatori di servizi domiciliari operanti in città. Il sistema tedesco di welfare pubblico per la non autosufficienza è basato su schemi assicurativi obbligatori e, in misura molto minore, da alcuni filoni di intervento sociale gestiti dai Comuni. Il sistema pubblico, per vocazione costituzionale, non fornisce nessun servizio di counselling o di case management al cittadino, per lasciarlo libero in questo modo di organizzare i percorsi assistenziali come meglio crede, soprattutto nella scelta dei provider. Il pubblico si limita a finanziare gli interventi a piè di lista (fissati limiti e standard a livello nazionale) senza predisporre quindi alcun piano assistenziale o di intervento, di cui sono responsabili gli utenti e gli erogatori dei servizi. I cittadini hanno espresso nel tempo un forte bisogno di accompagnamento e indirizzo nell'accesso al sistema (*ex ante*) e nella gestione dei percorsi assistenziali (*ex post*). Con lo Sportello di Counselling di rete di Lipsia, i produttori del territorio si sono auto-organizzati per offrire uno sportello unico di accesso al sistema che risponda alle funzioni di: informazione, counselling, accesso e primo contatto (supportano i cittadini nella predisposizione di pratiche e nella loro sottomissione ai diversi uffici pubblici), costruzione del piano di assistenza considerando il budget pubblico nel frattempo ottenuto dai cittadini e il budget privato messo a disposizione delle famiglie, case management facendo follow up degli utenti in carico ai produttori parte del network.

Il caso di Lipsia è quindi emblematico in quanto porta alla luce la potenzialità di un ruolo attivo da parte dei soggetti erogatori del territorio che affiancano l'utente e il settore pubblico ponendosi come intermediario e facilitatore dell'accesso tra i due. Il rapporto diretto tra i produttori e i cittadini facilita poi la predisposizione del piano assistenziale sul budget complessivo a disposizione, pubblico e privato: il piano assistenziale viene infatti concepito a partire dagli interventi finanziabili con le risorse pubbliche e andando ad aggiungere, in modo complementare rispetto ai bisogni dell'utente, le risorse che necessariamente dovranno essere investite da parte delle famiglie per completare il pacchetto dei servizi o per personalizzarlo. Questo favorisce l'emersione e la consapevolezza delle famiglie rispetto alla spesa complessiva per l'assistenza alla persona non autosufficiente.

12.5.1 Centres locaux d'information et de coordination gérontologique.

I *Clic* o, in italiano, Centri locali per l'informazione e il coordinamento geriatrico, sono centri di presa in carico diffusi su tutto il territorio nazionale francese e voluti dal regolatore quali strumenti di supporto alle famiglie che si trovano a gestire la condizione di non autosufficienza di un anziano. I *Clic* sono istituiti e gestiti dagli Enti Locali competenti per le politiche sociosanitarie (i Dipartimenti) e presenti in modo capillare nelle città e nei territori urbani. Il loro perimetro d'intervento include tutti i possibili servizi e contributi economici o altre prestazioni di natura sociale o sociosanitaria (ma non quelle puramente sanitarie) che abbiano quale target di utenza le persone anziane non autosufficienti. La pecu-

liarità dei Clic sta nelle funzioni loro assegnate: il modello di punto di accesso prevede infatti che i Clic possano essere dotati di funzioni diverse a seconda delle caratteristiche del territorio nel quale si trovano. Sta al Dipartimento, infatti, definire come caratterizzare il Clic potendo scegliere tra tre diverse combinazioni, ognuna delle quali aggiunge funzioni di governo al punto di accesso. Il Clic di Livello 1 è concepito come centro che svolge le sole funzioni di informazione, counselling, accesso e primo contatto proponendosi quindi come un luogo di orientamento per le famiglie e come facilitatore dell'accesso al sistema pubblico. Il Clic di Livello 2 aggiunge alle funzioni del Livello 1 anche quella della valutazione del bisogno e della elaborazione del piano assistenziale. Il Clic di Livello 3 aggiunge a sua volta anche la funzione di erogazione/produzione diretta di interventi per la non autosufficienza e quella di case management, supervisione delle famiglie e degli utenti. L'articolazione in tre livelli a complessità e funzioni crescenti consente ad ogni territorio di (a) organizzarsi nel modo più rispondente possibile alle necessità del territorio tenendo conto della governance istituzionale già esistente; (b) di definire un eventuale percorso progressivo di sviluppo, per poter accumulare progressivamente le competenze e il consenso necessario tra stakeholder ed operatori.

I due casi forniscono alcuni spunti di riflessione rispetto al sistema italiano e ai modelli di PUA attuati ed attuabili:

- ▶ entrambi i casi individuano in modo esplicito come proprio target di utenza la famiglia dell'anziano non autosufficiente, e non il singolo utente in carico;
- ▶ il caso tedesco porta alla luce la possibilità di includere quale partner di sistema anche altri attori che svolgono un ruolo cruciale, ovvero i produttori, riposizionando la governance del sistema di accesso più a valle nella filiera;
- ▶ avvicinando il punto di accesso alla filiera di produzione è possibile ampliare il perimetro della pianificazione assistenziale aggiungendo alla programmazione degli interventi pubblici anche la supervisione ed il monitoraggio dell'assistenza finanziata privatamente dalle famiglie;
- ▶ il caso francese mostra la possibilità di concepire un modello modulabile e scalabile e quindi adattabile ai diversi contesti territoriali. Il modello di PUA può essere quindi flessibile per adattarsi agli assetti di governance già esistenti e alle esigenze di governo di ogni territorio.

12.6 Lezioni per la selezione e l'accesso degli utenti nel settore socio-sanitario: quali sviluppi per i PUA?

Il sistema socio-sanitario e socio-assistenziale italiano è oggi altamente frammentato, sia sul lato del finanziamento, essendo le fonti disperse tra INPS, SSN, enti

Tabella 12.4 **Esperienze internazionali a confronto: dimensioni Target di utenza; Modalità di segnalazione; Governance del modello; Rapporti con la fornitura dei servizi**

Dimensioni di funzionamento	Sportelli di Counselling di rete	Clic
Target	Anziani con bisogni sociali o sociosanitari e loro famiglie	Anziani con bisogni sociali o sociosanitari e loro famiglie
Modalità di segnalazione	Famiglia Utente	Famiglia Utente Professionista
Assetto istituzionale	Iniziativa privata	Comuni
Rapporti con i fornitori	Promosso dai fornitori	Controlla e liquida il contratto; Coordina l'inserimento; Erogazione diretta

Tabella 12.5 **Esperienze internazionali a confronto: funzioni assegnate ai diversi PUA**

Funzioni possibili	Sportelli di Counselling di rete	Clic
Informazione	X	X
Counselling	X	X
Accesso e Primo Contatto	X	X
Valutazione del bisogno		X
Costruzione del PAI sul budget pubblico	X	X
Case Management	X	X
Prevenzione e Welfare di iniziativa		

locali e spesa *out of pocket* delle famiglie, sia sul lato produttivo, con una forte presenza di mercato informale e una filiera assistenziale dispersa e frammentata per specifici silos assistenziali (ADI, SAD, centri diurni, riabilitazione, RSA, strutture protette, hospice, etc.). Inevitabilmente l'accesso al sistema e quindi le sue interfacce sia per il primo inserimento, sia per la transizione da un setting assistenziale all'altro non possono che essere altrettanto frammentate (Fosti, Longo, Notarnicola, 2014). In altri termini, vi è un'attesa irrealistica sulla capacità di eventuali interfacce di accesso unitarie nel ricomporre un sistema altrimenti destrutturato e frammentato. Una struttura di finanziamenti e di offerta disintegrata non può infatti essere ricomposta autonomamente da un sistema unita-

rio di accesso (il front office unitario non è mai condizione sufficiente per una ricomposizione automatica del back office). L'assegnazione di aspettative eccessive al *gate* unico di accesso non può che risultare «persecutorio» nei confronti degli operatori chiamati a svolgere questa funzione di ricomposizione, se essi non detengono poi le leve sulla struttura finanziaria e di erogazione. Questo ci impone di riflettere sui confini di cosa sia realisticamente possibile ricomporre oggi e cosa progressivamente nel tempo e soprattutto su quale possa essere il percorso progressivo di sviluppo e di accompagnamento. Dai casi domestici e internazionali studiati abbiamo, al proposito, appreso le seguenti lezioni.

12.6.1 Lezioni rispetto al modello di servizio

Osservando i diversi assetti di PUA teoricamente disponibili, presentati nel par. 12.2, ci accorgiamo come i casi presentati rispecchino prevalentemente strategie emergenti, senza una visione preventiva chiara su target, profondità e tipologia di ricomposizione che si vuole attivare nel tentativo di unificare l'accesso. La speranza è che questo lavoro possa contribuire a diffondere un framework utile per fare un assessment del livello di frammentazione nei processi e nelle diverse fasi dell'accesso e per definire gli obiettivi realistici che si intende perseguire nel tempo.

Inevitabilmente esiste in tutti i territori una stratificazione storica di servizi e quindi di relativi *gate* e meccanismi di accesso. Ogni tentativo di ricomposizione che nasce dallo sviluppo di uno di questi *gate* non può che rafforzare la frammentazione esistente. La ricomposizione deve essere di sistema, capace di riconnettere tutti i *gate* di accesso già esistenti, magari con un disegno progressivo. I meccanismi di coordinamento prevalentemente funzionali rischiano di essere deboli perché risentono della *path dependency* all'autonomia dei pre-esistenti nodi di accesso. In altri termini, molteplici *gate* unici di accesso per lo stesso target sono una contraddizione evidente degli assetti PUA esistenti. Al proposito emerge con evidenza l'assenza di tentativi di sportelli unici co-gestiti da più enti, afferenti a settori diversi (Comuni, AUSL, INPS). Pertanto l'attivazione di PUA inter-istituzionali potrebbe essere la chiave di volta sia per unificare i *gate*, ma probabilmente anche le risorse e i servizi.

La pluralità delle soluzioni presenti in Italia, le evoluzioni frequenti, così come anche l'esperienza francese, ci segnalano l'opportunità di prevedere la presenza di più modelli di PUA. La pluralità delle soluzioni permette soluzioni coerenti al livello di maturazione istituzionale ed organizzativa dei singoli territori, ma anche la previsione di traiettorie di sviluppo futuro. Quello che devono garantire i modelli a intensità ricompositiva crescente è la segnalazione di precisi step evolutivi, che devono però essere inclusivi di tutti i servizi esistenti e non basarsi più sulla stratificazione di diverse soluzioni accostate. Quando si passa dallo stadio base a quello più profondo, l'intera filiera di accesso deve evolversi

e non nascere un nuovo servizio aggiuntivo d'*élite*: questo non farebbe che rigenerare frammentazione.

12.6.2 Lezioni rispetto ai target di utenza in carico

Se la ricomposizione vuole essere un processo profondo e comprendere l'ascolto iniziale fino alla presa in carico permanente (*case management*), è importante focalizzarsi su un segmento di utenza specifico, che deve essere opportunamente definito in base a un criterio di bisogno e non ad una categoria di servizio. Questo impone una certa umiltà nel qualificare l'aggettivo «unico» (unico per un segmento specifico e limitato di utenti); progressivamente nel tempo è possibile allargare i confini di questo target.

I *gate* unitari di accesso italiani, soprattutto se confrontati con quelli francesi e tedeschi, presentano alcune rilevanti criticità. Da un lato il soggetto con/su cui si lavora prevalentemente è l'utente e non la famiglia, che invece costituisce forse la componente più importante del target dei servizi sociosanitari. I servizi, differentemente dai prodotti, sono frutto di azioni di co-produzione e in ambito sociosanitario, i «coproduttori» sono quasi sempre i familiari o altre persone vicine al fragile. D'altra parte, lo scarso coinvolgimento dei familiari, spiega l'eccessiva enfasi programmatoria e decisionale sui servizi da attivare nella mano dei committenti pubblici. Essendo l'utente spesso non più in grado di provvedere a se stesso, decidono al suo posto gli operatori pubblici. Al contrario, un rilevante coinvolgimento della famiglia, non può che spostare gli equilibri decisionali a favore di quest'ultima, la quale, quasi sempre, è *care giver* complementare e di ultima istanza rispetto ai servizi attivabili.

12.6.3 Lezioni rispetto al perimetro d'intervento

Un *gate* unitario di accesso nasce con ambizioni di integrazione. Nel caso italiano circa il 70% delle risorse finanziarie per il welfare sociosanitario sono nella disponibilità diretta delle famiglie, perché trasferite sotto forme di sussidi monetari dall'INPS. Il fatto che le famiglie acquisiscano oggi sul mercato della cura informale, parallelo ed estraneo ai servizi pubblici, buona parte delle prestazioni di cura costituisce probabilmente il più importante e profondo *vulnus* alla ricomposizione unitaria dei servizi. Il caso tedesco ci mostra che a questo proposito un *gate* autenticamente unitario ha tra i suoi principali obiettivi quello di riconnettere risorse private a quelle pubbliche. Il produttore offre a pagamento prestazioni aggiuntive, rispetto a quelle possibili con il finanziamento pubblico. Nel caso italiano il ruolo di un soggetto pubblico, capace di consigliare e di svolgere la funzione di *advocat* dell'utente, potrebbe essere davvero rilevante e di progressiva crescita del capitale istituzionale e delle competenze professionali degli operatori del PUA.

Gli spazi di lavoro disponibili sono davvero molti e potenzialmente molto proficui e possono costituire una piattaforma di lavoro estremamente interessante, generativa di idee e di nuove competenze e in grado di liberare risorse.

12.7 Conclusioni

I casi analizzati e qui riportati hanno mostrato come le diverse opzioni messe in campo per le diverse dimensioni abbiano portato nei fatti all'esistenza di PUA con vocazioni ed orientamenti molto diversi e con conseguenti diversi impatti sul governo dell'accesso al sistema. La ricchezza e le numerose sfaccettature che possono essere attribuite alle cinque dimensioni costitutive il *gate* unico di accesso (vedi par. 12.2) fanno sì che sia possibile immaginare un modello di PUA flessibile e modulabile nel tempo e nei territori, in modo da sfruttare al massimo le potenzialità di ogni contesto e introdurre uno strumento di governo agile ed efficace.

Il framework di analisi presentato può, quindi, essere utilizzato sia *ex post* come griglia di analisi per rappresentare in modo sintetico le peculiarità dei diversi modelli di PUA già esistenti, sia *ex ante* come uno strumento di sviluppo per la progettazione del servizio da parte di manager e policy maker. Questi ultimi, nel disegno di uno strumento unitario di accesso al sistema socio-sanitario quale il PUA, devono necessariamente considerare le dimensioni critiche analizzate. È importante infatti che nel disegnare il modello di accesso ai servizi che più corrisponde ai fabbisogni di governo le cinque dimensioni core incluse nella griglia vengano coerentemente integrate dai policy maker e dal management aziendale.

Di conseguenza, qualsiasi sia il modello di PUA che viene adottato, particolare attenzione deve essere rivolta al processo di implementazione, sia nei termini dei diversi step attuativi necessari, sia nei termini di alcune specifiche implementative. Coerentemente con le caratteristiche del modello di PUA adottato, infatti, dovranno essere definiti:

- ▶ unitamente alla governance del modello di accesso unitario, anche i correlati meccanismi di ricomposizione delle risorse e dei servizi;
- ▶ unitamente alle competenze e funzioni assegnate, anche il mix professionale degli operatori e, più in generale, le modalità di lavoro dell'équipe interna al PUA;
- ▶ unitamente al target di utenza e alle modalità di segnalazione, anche i flussi informativi da attivare e le eventuali sinergie con flussi già esistenti;
- ▶ il processo attuativo in termini di tempistiche, modalità e coinvolgimento dei diversi attori.

Bibliografia

- Bellentani D., Inglese S.A., Banchemo A., (2008). «Punto unico di accesso: i risultati della ricerca», *Quaderno di Monitor n.2, Punto unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale*. Anno VII Numero 21.
- Bloch M.A. (2011). *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*, Spire SciencePO.
- Devastato G., (2008). «Le funzioni del welfare dell'accesso», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 18 – 15, pp.5-7
- Devastato G., (2011). «Sportelli sociali, punto unico di accesso: modalità organizzativa per garantire equità, omogeneità e continuità degli interventi socio-sanitari per la non autosufficienza», *Forum NA*, Giugno 2011.
- Fosti G., Larenza O., Longo F., Rotolo A. (2013). «Governare la domanda di servizi socio-sanitari: evidenze dalla Regione Emilia-Romagna». *Mecosan*, 21 (88): 39-54.
- Fosti G., Longo F., Notarnicola E. (2014). «Dai Sistemi ai percorsi di Long Term Care nei servizi: premesse di service management e introduzione ai casi studio». In: Fosti G., Notarnicola E. (a cura di), *Il Welfare e la Long Term Care in Europa*. Milano: Egea, pp.163-179.
- Fosti G., Rotolo A. (2014). «Qual è la mission di un'équipe socio-sanitaria integrata?», *WelfareOggi*, 10 (5): 67-71.
- Gori C., (2008). «Quali livelli essenziali per i non autosufficienti?», in Ranci Ortigosa E. (a cura di), *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, iQuid. Prospettive Sociali e Sanitarie 2008, p. 59.
- Longo F., Fosti G., Notarnicola E., Pirazzoli A., (2015). «I Punti Unici di Accesso (PUA) nel settore sociosanitario: una riflessione teorica e una proposta per la progettazione dei PUA». *Mecosan*, in corso di pubblicazione.
- Longo F., Notarnicola E., (2014). «Germania: il percorso nei servizi a Lipsia». In: Fosti G., Notarnicola E. (a cura di), *Il Welfare e la Long Term Care in Europa*. Egea Milano, pp.205-229.
- Notarnicola E., (2014). «Francia: il percorso nei servizi a Marsiglia». In: Fosti G., Notarnicola E. (a cura di), *Il Welfare e la Long Term Care in Europa*. Egea Milano, pp.179-203.
- Pesaresi F., (2008). «La porta sociale: le tendenze in Italia», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 18 – 15, pp.1-4.
- Pesaresi F. (2013 a), «Le funzioni dei Punti Unici di Accesso». *WelfareOggi*, 9 (1): 15-22.
- Pesaresi F. (2013 b). «L'organizzazione dei Punti unici di accesso». *WelfareOggi*, 9 (2): 55-63.