



REGIONE LAZIO

DIREZIONE REGIONALE INCLUSIONE SOCIALE

La valutazione dei Punti Unici di Accesso (PUA)

Rapporto finale

30 Giugno 2026

1	Introduzione.....	5
1.1	Premessa: la scelta dell'oggetto della valutazione.....	5
1.2	Obiettivi e scopo dello studio	6
1.3	L'approccio metodologico	6
1.3.1	L'approccio generale	6
1.3.2	Il quadro analitico e la metodologia	7
1.3.2.1	La logica dell'intervento	8
1.3.2.2	La griglia di valutazione	10
1.3.3	La raccolta dei dati	21
1.3.4	La "triangolazione" e l'interpretazione dei dati	22
2	Il Punto Unico d'accesso (PUA)	23
2.1	Il contesto sociale e i potenziali utenti	23
2.1.1	La natura multidimensionale del bisogno sociosanitario	23
2.1.2	La non-autosufficienza e i suoi fattori determinanti	23
2.1.3	Invecchiamento: in EU, in Italia e nella Regione Lazio	24
2.1.4	Multicronicità nella Regione Lazio	25
2.1.5	Disabilità in Italia	26
2.1.6	Demenza senile e Alzheimer in Italia.....	27
2.1.7	L'influenza della vulnerabilità socioeconomica.....	27
2.1.8	La natura multidimensionale del bisogno sociosanitario	29
2.1.9	Difficoltà di accesso al sistema sociosanitario:	30
2.1.10	La risposta alle criticità del sistema sociosanitario: i PUA	31
2.2	L'oggetto della valutazione: i PUA.....	32
2.2.1	Il percorso legislativo verso i PUA	32
2.2.2	Il PUA come cerniera tra livelli essenziali di assistenza e prestazioni sociali	36
2.2.3	I PUA nella Regione Lazio	39
2.3	Modello Organizzativo dei PUA	41
2.3.1.1	Composizione dell'organico.....	43
2.3.1.2	Funzioni	52
2.3.2	Diffusione territoriale e distinzione dei ruoli dei professionisti coinvolti	52
3	I risultati della valutazione.....	55
3.1	Efficacia	55
3.1.1	L'accesso ai servizi sociali e sanitari attraverso i PUA.....	55
3.1.1.1	Accessibilità e raggiungibilità del servizio	55
3.1.1.2	La conoscenza da parte degli utenti dei servizi offerti	59
3.1.1.3	L'individuazione del bisogno: le procedure	62
3.1.1.4	La risposta al bisogno	64
3.1.2	La gestione dei casi all'interno dei PUA	67
3.1.2.1	La Prevalutazione	68

3.1.2.2	L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)	69
3.1.2.3	Il Piano di Assistenza Individuale.....	70
3.1.2.4	Il monitoraggio dei percorsi di assistenza	71
3.1.3	La risposta alle domande di valutazione.....	73
3.1.3.1	In che misura i PUA garantiscono l'accesso ai servizi sociali, sanitari e ai servizi socio-sanitari per le persone in condizioni di bisogno e/o fragilità?	73
3.1.3.2	In che misura i casi che presentano una complessità sociale e sanitaria sono gestiti in modo integrato?.....	73
3.1.3.3	In che misura viene semplificato l'accesso ai servizi sociali e sanitario per la popolazione della Regione Lazio?.....	74
3.2	Efficienza	74
3.2.1	L'organizzazione amministrativa dei PUA.....	75
3.2.1.1	Finanziamenti	75
3.2.1.2	Inquadramento delle risorse umane.....	77
3.2.1.3	Formazione delle risorse	79
3.2.1.4	Procedure, strumenti e modulistica.....	81
3.2.2	La condivisione di dati e informazioni degli utenti	87
3.2.3	La risposta alle domande di valutazione.....	91
3.2.3.1	In che misura l'organizzazione amministrativa dei PUA facilita o ostacola il funzionamento dei PUA?.....	91
3.3	Rilevanza	93
3.3.1	Il PUA e i bisogni degli utenti	93
3.3.2	Il monitoraggio dei percorsi avviati	95
3.3.3	Le risposte alle domande di valutazione.....	96
3.3.3.1	In che misura i PUA sono rilevanti nell'affrontare i bisogni (attuali e nuovi) della popolazione?	96
3.4	Quadro sintetico delle aree di miglioramento per criterio di valutazione	97
4	Conclusioni.....	99
4.1	La rilevanza del PUA	99
4.1	L'efficacia del PUA	99
4.2	L'efficienza del PUA.....	101
5	Allegati	103
5.1	Allegato 1. Fonti bibliografiche	103
5.2	Allegato 2. Software utilizzati per la gestione dei dati dell'utenza	105

Indice delle figure

Figura 1. Percentuale di popolazione over 65	25
Figura 2. Popolazione multicronica (2 o più patologie) per ASL di assistenza.	26
Figura 3. Incidenza di povertà assoluta e relativa individuale in Italia (% di persone che vivono in famiglie in povertà assoluta e relativa sui residenti)	28
Figura 4. Persone a rischio povertà o deprivazione materiale (AROPE) in Lazio, Italia ed EU..	29

Figura 5. Comodità degli orari di apertura dei PUA	58
Figura 6. Livello di raggiungimento dei tre macro-obiettivi dei PUA, secondo l'utenza	59
Figura 7. Livello di soddisfazione per le informazioni/risposte ricevute nei PUA	62
Figura 8. Modalità di identificazione e analisi dei bisogni degli utenti dei PUA	63
Figura 9. Assegnazione dell'utenza a un servizio specifico	64
Figura 10. Valutazione dei tempi d'attesa degli utenti presso i PUA	65
Figura 11. Percezione del livello di accoglienza dei PUA e chiarezza della comunicazione con l'utenza	65
Figura 12. Accordo sulla qualità e la precisione del monitoraggio e valutazione dei percorsi di assistenza	72
Figura 13. Figure professionali operanti nei PUA	77
Figura 14. Durata contrattuale e datore di lavoro degli operatori PUA	78
Figura 15. Presenza continuativa del personale all'interno del PUA	79
Figura 16. Frequenza della formazione ricevuta	80
Figura 17. Principali difficoltà incontrate nello svolgimento del proprio ruolo	85
Figura 18. Criticità relative al funzionamento dei PUA secondo il personale	87
Figura 19. Principali difficoltà nel reperimento dei dati dell'utenza	90
Figura 20. Valore aggiunto dei PUA	95

Indice delle tabelle

Tabella 1. Griglia di valutazione per il criterio di Efficacia	12
Tabella 2. Griglia di valutazione per il criterio di Efficienza	16
Tabella 3. Griglia di Valutazione per il criterio di Rilevanza	19
Tabella 4. Consultazioni realizzate	21
Tabella 5. Figure professionali operanti nei PUA della Regione Lazio	44
Tabella 6. Ubicazione dei PUA	55
Tabella 7. Media delle ore di apertura dei PUA per ogni ASL	57
Tabella 8. Qualità delle informazioni fornite dal sito delle ASL	61
Tabella 9. Strumenti per la valutazione del bisogno sociosanitario e per la gestione dei casi ..	82
Tabella 10. Sintesi delle problematiche emerse divisa per tema e criterio di valutazione	97

1 Introduzione

1.1 Premessa: la scelta dell'oggetto della valutazione

La Regione Lazio con D.G.R. n.81 del 19 febbraio 2019 ha approvato le "Linee guida per la misurazione dell'impatto sociale" con l'obiettivo di valutare le performance delle politiche regionali dedicate all'inclusione sociale e ai servizi socioassistenziali. Tali linee-guida offrono una cornice concettuale ed operativa di riferimento per la misurazione dei risultati e degli effetti delle politiche e dei programmi regionali di inclusione sui beneficiari, sugli operatori e sugli stakeholders coinvolti, al fine di migliorare la programmazione e la gestione degli interventi. Sulla scorta della DGR e di approfondimenti necessari intervenuti nel tempo e successivamente alla sua approvazione, nel 2024 è stato avviato un gruppo di lavoro intra-direzionale per la definizione del **Framework metodologico di Valutazione di Impatto sociale**.

Un primo prodotto è costituito dalla Nota Metodologica, che include lo sviluppo di un Framework metodologico di valutazione di impatto. A questa si aggiunge il presente Rapporto, che condensa i risultati dell'analisi, applicando il metodo descritto nella nota metodologica alla valutazione dei Punti Unici di Accesso della Regione Lazio. Il presente Rapporto, così come la precedente nota metodologica, sono frutto di uno studio condotto dalla Direzione Inclusione sociale con il fattivo contributo e supporto tecnico dell'RTI Accenture – EY Advisory SpA¹ nell'ambito dell'accordo Quadro «*Sanità digitale - Sistemi informativi sanitari e servizi al cittadino*» per le *Pubbliche Amministrazioni del SSN | LOTTO 4*. La consulenza ha affiancato il gruppo di lavoro intra-direzionale, attivato sul tema della valutazione, composto da funzionari e dirigenti esperti di politiche di inclusione, programmazione dei servizi socioassistenziali, progettazione con gli enti del terzo settore.

Il gruppo di lavoro, nel momento di individuare l'ambito di sperimentazione della valutazione ha optato per una delle politiche di punta della Regione Lazio: la programmazione e il funzionamento dei Punti Unici di Accesso (PUA) ai servizi sociosanitari del territorio. Tale scelta è stata determinata da diversi fattori, che più avanti verranno approfonditi, ma che si accennano di seguito in estrema sintesi:

- una regolazione normativa e amministrativa (statale e regionale) in continua evoluzione;
- la complessità organizzativa e della programmazione finanziaria, amministrativa e tecnica dei PUA, che logicamente si riverbera sulla loro effettiva implementazione territoriale;
- l'articolazione ampia dei servizi coinvolti, sanitari e socioassistenziali, che rappresenta una sfida continua per le scelte gestionali più opportune e per la ricerca di un coordinamento sempre più efficiente tra:
 1. Programmazione regionale Sanitaria e Programmazione regionale Sociale;
 2. tra organizzazione territoriale dei servizi e delle professionalità sanitarie (di competenza delle Aziende Sanitarie Locali) e organizzazione e funzionamento dei servizi sociali (di competenza dei distretti sociosanitari e dei comuni ivi appartenenti);
- l'orizzonte temporale, relativamente ampio, preso a riferimento per lo studio qui presentato, ossia il range 2021- 2024;
- l'ampio insieme di dati quantitativi e informazioni collazionati e classificati nel tempo sui servizi PUA e che per la diversa natura delle fonti e correlati sistemi di elaborazione (sociali e sanitari) non sempre sono immediatamente disponibili, integrabili e confrontabili².

¹ In particolare, hanno partecipato fattivamente alla conduzione della ricerca e alla stesura del rapporto il dottor Antonino Sorrenti (EY Advisory) e il dott. Federico Filauri (EY Advisory).

² I principali database gestiti da AO, Direzione regionale Sanità, ASL e Direzione regionale Inclusione sociale comprendono i sistemi SIATeSS, SIGeSS e SiCare e le relazioni dei Piani di Zona.

1.2 Obiettivi e scopo dello studio

Alla luce dei fattori sopra rilevati, il punto iniziale per procedere con la valutazione di impatto è necessariamente la predisposizione di un percorso metodologico che individua l'ambito circoscritto di analisi, le azioni progressivamente da compiere per l'analisi, gli strumenti e le tecniche di rilevazione delle informazioni e dei dati. La presentazione dell'approccio metodologico darà conto delle scelte compiute dal valutatore, supportate dalla letteratura scientifica di settore e dall'esperienza e dalle competenze coinvolte nello studio.

Il presente **Rapporto** riflette l'applicazione di detta metodologia attraverso una rigorosa raccolta dati 'field', che hanno lo scopo di fornire evidenze solide per la risposta alle domande di valutazione. Tramite interviste semi-strutturate, questionari online e casi studio, il Rapporto ricostruisce le principali caratteristiche, i punti di forza e le criticità dei Punti Unici di Accesso. Questa applicazione della metodologia di valutazione servirà da esempio paradigmatico per le future valutazioni di impatto sociale che la Direzione Regionale Inclusione Sociale o altre strutture della Regione Lazio intenderanno intraprendere in futuro applicata in altri ambiti delle politiche di inclusione sociale e ad altri ambiti di investimento pubblico. Il Rapporto, in sintesi, presenterà evidenza del percorso intrapreso, dei presupposti analitici e delle criticità affrontate, restituendo così un esempio dell'applicazione di uno strumento di valutazione rigoroso e sostenuto da dati empirici e teorie di riferimento consolidate.

Il Rapporto presentato nelle prossime pagine persegue l'obiettivo di fornire un quadro coerente di valutazione dei PUA in ordine alla loro rilevanza, efficacia, efficienza, coerenza e valore aggiunto. I concetti alla base dei criteri appena elencati, possono essere definiti come segue:

- **Efficacia:** analisi del grado di conseguimento degli obiettivi del PUA rispetto ai bisogni individuati e agli esiti attesi della logica di intervento, con particolare attenzione ai fattori abilitanti, alle condizioni di contesto e agli elementi operativi che influenzano la capacità del servizio di produrre risultati coerenti, appropriati e sostenibili.
- **Efficienza:** analisi dei fattori abilitanti e delle condizioni operative che contribuiscono al funzionamento efficace del PUA, in termini di integrazione dei processi, semplificazione dell'accesso, continuità della presa in carico e capacità di risposta ai bisogni complessi, anche al fine di individuare eventuali elementi di miglioramento organizzativo.
- **Rilevanza:** analisi della corrispondenza tra il modello di intervento dei PUA e i bisogni espressi dai territori e dai sistemi sociale e sanitario della Regione Lazio, al fine di valutare la capacità del servizio di mantenere adeguatezza, pertinenza e adattabilità rispetto ai mutamenti del contesto, all'evoluzione della domanda sociale e alla complessità dei bisogni multidimensionali.

Nel complesso, i due criteri di efficacia e rilevanza, come si mostrerà di seguito nella sezione 1.3.2 (La griglia di valutazione) forniranno indicazioni sull'**impatto sociale** dei PUA con particolare riferimento alla misura in cui i PUA garantiscono un livello adeguato di accesso universalistico ai servizi sociali e sanitari e sono in grado di rispondere ai bisogni attuali ed emergenti della popolazione, in particolari persone in condizioni di bisogno e fragilità.

1.3 L'approccio metodologico

1.3.1 L'approccio generale

Il presente Rapporto intende supportare la Direzione regionale Inclusione Sociale della Regione Lazio nella definizione e nell'implementazione di modelli di Valutazione di Impatto Sociale (VIS) applicati alle politiche regionali, fornendo un framework metodologico e analitico orientato alla valutazione di interventi complessi in ambito sociale e sociosanitario.

L'impianto metodologico adottato è stato strutturato in coerenza con le finalità istituzionali della Direzione regionale, al fine di garantire la trasferibilità degli strumenti e delle metodologie sviluppate anche in successive attività di analisi, monitoraggio e valutazione promosse dalla Regione Lazio.

In particolare, il Rapporto:

- sviluppa un percorso valutativo progressivo e integrato, che connette la definizione della logica dell'intervento, la costruzione del framework di valutazione, l'individuazione degli strumenti di raccolta dati e le modalità di analisi degli esiti;
- restituisce evidenze derivanti dall'integrazione e triangolazione sistematica di dati qualitativi e quantitativi raccolti nel corso della ricerca;
- propone un framework valutativo internamente coerente, finalizzato a garantire leggibilità, comparabilità e sintesi interpretativa delle informazioni raccolte;
- privilegia, ove compatibile con gli obiettivi conoscitivi della ricerca, strumenti di rilevazione strutturati e standardizzati, funzionali a rafforzare la comparabilità dei dati e la solidità dell'analisi valutativa.

1.3.2 Il quadro analitico e la metodologia

Il metodo analitico adottato nella stesura del presente rapporto si basa su approcci e teorie derivanti da evidence-based policy making, in particolare sul framework europeo di riferimento *Better Regulation*, come esplicitato nelle *Better Regulation Guidelines* e nel *Better Regulation Toolbox* della Commissione Europea.³ Queste linee guida definiscono un quadro comune e degli strumenti operativi per garantire che le politiche e la legislazione adottate siano concepite, attuate e valutate sulla base di evidenze, proporzionalità e trasparenza.

A livello regionale sono state approvate con **DGR 81/2019**⁴ delle **Linee guida per la misurazione dell'impatto sociale**,⁵ che recepiscono il **D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117** "Codice del Terzo settore" e avanzano sinteticamente un approccio del tutto coerente con le BRT: policy basate su evidenze, orientate agli outcome, partecipate dagli stakeholder e soggette a monitoraggio e revisione continua. Dette linee guida propongono (**Azione 2.3**) il coinvolgimento degli enti valutatori, atti a predisporre l'impostazione del piano di valutazione e la stesura di un report di valutazione. Le linee guida regionali propongono l'inclusione di questo approccio nella stesura dei bandi pubblici e non indicano un modello di valutazione unico, ma privilegiano un approccio multi-modello. Inoltre, le Linee guida regionali fanno riferimento alla pubblicazione di bandi pubblici regionali nell'ambito del Terzo Settore e non alla valutazione di interi servizi. L'**Azione 3.3** prevede però la possibile estensione di un modello ad altre policies. In questa cornice, il presente rapporto di valutazione è da intendersi come prima applicazione di una valutazione di politica pubblica a un servizio regionale. Non avendo le linee guida regionali un modello di riferimento, si è scelto di attenersi al modello proposto dalle linee guida europee in quanto maggiormente dettagliate e provviste di un track record significativo.

³ Insieme di linee guida e strumenti sviluppati dalla Commissione Europea per migliorare il processo legislativo dell'UE. Questi documenti forniscono principi e metodologie che la Commissione segue quando prepara nuove iniziative e proposte, oltre a gestire e valutare la legislazione esistente.

Le linee guida coprono tutte le fasi del ciclo legislativo, assicurando che le politiche siano basate su evidenze, trasparenti e coinvolgano cittadini, imprese e altre parti interessate ((COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT. *Better Regulation Guidelines*, Brussels, 3.11.2021 - https://commission.europa.eu/document/download/d0bbd77f-bee5-4ee5-b5c4-6110c7605476_en?filename=swd2021_305_en.pdf)).

Il Toolbox, invece, offre strumenti pratici per l'analisi d'impatto, la consultazione pubblica e la valutazione delle normative (https://commission.europa.eu/document/download/9c8d2189-8abd-4f29-84e9-abc843cc68e0_en?filename=BR%20toolbox%20-%20Jul%202023%20-%20FINAL.pdf).

⁴ Linee Guida Regionali per La Misurazione Dell'impatto Sociale.

⁵ Regione Lazio et al., "Linee Guida Regionali per la misurazione dell'impatto sociale."

L'obiettivo delle *Better Regulation Guidelines* è migliorare la qualità delle leggi attraverso la valutazione sistematica degli impatti, la consultazione delle parti interessate e la verifica del raggiungimento degli obiettivi al minor costo possibile. Le domande di ricerca e la metodologia di raccolta dati vengono sviluppate a partire dall'oggetto della ricerca, che nel caso del presente studio sono i PUA della Regione Lazio. Gli strumenti delle BRT sono pertanto stati adattati all'oggetto e al contesto della ricerca, e si è scelto di tenere in considerazione i tre criteri di valutazione, efficacia, efficienza e rilevanza, di cui si è già data una sintetica illustrazione.

Il quadro analitico per la valutazione dell'intervento in oggetto è caratterizzato dai seguenti elementi chiave:

- La **Logica dell'intervento**, che descrive gli obiettivi, le attività e i risultati attesi dell'intervento dei PUA e fornisce un quadro causale per la sua valutazione
- La **Griglia di valutazione**, impostata a partire dalla logica dell'intervento, che inquadra la valutazione dei PUA in termini di efficacia, efficienza e rilevanza.

1.3.2.1 La logica dell'intervento

La ricostruzione della Logica dell'intervento dei PUA fornisce i presupposti per la definizione degli strumenti concettuali di valutazione. Essa costituisce lo strumento principale per comprendere i nessi logico-causali tra gli obiettivi della misura, le attività implementate e i risultati attesi derivanti dall'investimento e dalle correlate modifiche organizzative e operative.

Nello specifico, la ricostruzione della Logica dell'Intervento consente di:

- descrivere i bisogni che hanno determinato l'istituzione della misura;
- definire gli obiettivi dell'intervento ai diversi livelli (generali, specifici e operativi);
- identificare gli input, in particolare le risorse umane, finanziarie, organizzative e tecniche attivate;
- individuare le attività e le tipologie di intervento implementate;
- strutturare una gerarchia di risultati attesi, articolata in output, risultati (*outcome*) e impatti;
- considerare eventuali fattori esterni suscettibili di influenzare i risultati attesi;
- descrivere i nessi logici e teorici tra i diversi elementi del modello di intervento.

In tale prospettiva:

- gli **obiettivi** identificano le finalità perseguite dall'intervento, con particolare riferimento alla capacità dei PUA di garantire accesso unitario ai servizi, integrazione sociosanitaria e presa in carico multidimensionale;
- gli **input** rappresentano l'insieme delle risorse mobilitate per l'implementazione dei PUA;
- gli **output** corrispondono ai prodotti direttamente osservabili derivanti dalle attività realizzate, quali accessi ai servizi, prevalutazioni, UVM, PAI e percorsi assistenziali attivati;
- i **risultati** (*outcome*) riguardano gli effetti prodotti sul funzionamento dei servizi e sull'esperienza dell'utenza, in termini di accessibilità, integrazione operativa, tempestività e appropriatezza della presa in carico;
- gli **impatti** attengono ai cambiamenti di più ampia portata prodotti sul sistema sociosanitario e sul contesto territoriale, con particolare riferimento al miglioramento dell'accesso ai servizi, alla riduzione della frammentazione assistenziale e alla capacità di risposta ai bisogni complessi ed emergenti della popolazione.

Logica dell'intervento | bisogni, obiettivi, azioni e risultati dei PUA



1.3.2.2 La griglia di valutazione

La **griglia di valutazione** è uno strumento utilizzato per monitorare e valutare l'implementazione di un'iniziativa. La griglia è composta da una serie di **indicatori** specifici, quanti-qualitativi, che vengono osservati per valutare i progressi del progetto.

Inoltre, la griglia di valutazione specifica le **fonti** da cui verranno raccolti i dati necessari per determinare il valore degli indicatori. Queste fonti possono includere dati in possesso della Direzione Regionale Inclusione sociale o da altre Direzioni regionali, oppure dati raccolti tramite consultazioni (interviste, focus group, sondaggi). In questo modo, la griglia di valutazione offre un quadro chiaro e oggettivo per il monitoraggio continuo dell'iniziativa, supportando decisioni informate e miglioramenti tempestivi.

L'obiettivo di questa valutazione sarà valutare l'**efficacia, efficienza e rilevanza** dei PUA. Le sezioni successive presentano una descrizione dei criteri di valutazione, delle domande di valutazione e la corrispondente lista di indicatori, all'interno della Griglia di valutazione, oltre a specificare la metodologia da adottarsi per la risposta alla domanda.

Efficacia

Comprensione del Criterio di Efficacia

Il criterio di efficacia mira a valutare se e in che misura gli **obiettivi** dei PUA siano stati finora raggiunti, tenendo conto dei **risultati** osservati. Nell'ambito di questo criterio, la valutazione esamina anche le ragioni per cui un obiettivo è stato raggiunto o non è stato raggiunto e individua i fattori che determinano o ostacolano il progresso.

La valutazione riguarderà l'efficacia dei PUA in relazione agli obiettivi dell'iniziativa dichiarati nella logica dell'intervento. Nello specifico:

- Garantire l'accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari
- Semplificare la modalità di accesso ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari
- Gestire i casi che presentano una complessità sociale e sanitaria in modo integrato

A questo scopo, le domande di valutazione sono tese a comprendere i seguenti aspetti:

La domanda di valutazione 1. *(In che misura i PUA garantiscono l'accesso ai servizi sociali, sanitari e ai servizi sociosanitari per le persone in condizioni di bisogno e/o fragilità?)* ha lo scopo di comprendere la capacità dei PUA di garantire un accesso universalistico ai servizi sociali e sociosanitari nella Regione. La domanda si articola in tre parti:

1. La consapevolezza dell'utenza rispetto ai servizi forniti e all'ubicazione dei PUA;
2. La capacità di fornire accesso a tutti i domiciliati in regione in condizione di bisogno;
3. La capacità dell'utenza di accedere effettivamente (avviare percorsi assistenziali) a servizi sociali, sanitari e sociosanitari.

La domanda di valutazione 2. *(In che misura i casi che presentano una complessità sociale e sanitaria sono gestiti in modo integrato?)* ha lo scopo di comprendere la capacità dei PUA di gestire in modo integrato i casi specifici che presentano una multidimensionalità e richiedono perciò un approccio integrato sociale e sanitario. La domanda tiene conto di diversi aspetti:

1. Adeguatezza dell'operato dei PUA rispetto a un bisogno complesso;
2. Capacità di risposta tempestiva rispetto al bisogno complesso;
3. Composizione effettiva della UVM;
4. Rispondenza dei PAI rispetto ai bisogni clinici e sociali dell'utenza;
5. Capacità di monitoraggio dei percorsi di assistenza avviati.

La domanda di valutazione 3. *(In che misura viene semplificato l'accesso ai servizi sociali e sanitario per la popolazione della Regione Lazio?)* ha lo scopo di determinare se i PUA rappresentino un'effettiva semplificazione dell'accesso ai servizi sociale e sanitario. La domanda tiene conto dei seguenti aspetti:

1. Raggiungibilità e riconoscibilità dei PUA da parte dell'utenza;
2. Orari di apertura.

Metodologia

Il primo criterio di valutazione verrà determinato da un'analisi degli output, raccogliendo i dati sull'effettiva attività dei PUA, così come viene registrata nei documenti di uso interno.

A questo dato quantitativo ancora da raffinare, si affiancheranno le opinioni di personale e utenti raccolte durante le consultazioni.

Si prevedono delle interviste mirate a un numero selezionato di operatori dei PUA, in modo da coprire tutte le professionalità. Inoltre, si prevede di far circolare una survey agli utenti e alle famiglie, all'interno dei PUA e presso altri spazi del sistema sanitario e del sistema sociale della Regione Lazio, in modo da raccogliere evidenze sia da parte dell'utenza effettiva, sia da parte dell'utenza potenziale.

Un quadro complessivo di domande, indicatori e fonti per il criterio di Efficacia si trova nella Tabella 1.

Tabella 1. Griglia di valutazione per il criterio di Efficacia

Domanda	Sotto-domanda	Criterio di Valutazione	Indicatore	Fonti
1. In che misura i PUA garantiscono l'accesso ai servizi sociali, sanitari e ai servizi sociosanitari per persone in condizioni di bisogno e/o fragilità?	1.1. Quale è il livello di conoscenza dei PUA (la sua ubicazione e le procedure per accedervi) da parte degli utenti?	- L'utenza è a conoscenza dell'esistenza, dell'ubicazione e dei servizi offerti dai PUA - Le informazioni sui PUA sono disponibili pubblicamente e facilmente reperibili	- Percentuale di persone che afferma di conoscere i PUA, la sua ubicazione e le sue modalità di funzionamento - Tipologia e numero di iniziative (es: pagina web del sito della regione/comune/distretto sanitario) per informare l'utenza dell'ubicazione dei PUA e delle sue modalità di funzionamento	Desk: - Documentazione PUA disponibili su siti web istituzionali (es: Regione, Comune, Distretto, ASL) Field: - Interviste semi-strutturate - Survey a utenti e famiglie
	1.2. Quale è il livello di accoglienza dei PUA?	Le persone in condizioni di bisogno e/o fragilità si rivolgono ai PUA per cercare risposte e soluzioni a un bisogno di tipo sociale, sanitario o sociosanitario	- Numero e tipologia (es: persone non autosufficienti e/o in condizione di povertà ed esclusione sociale) di utenti accolti dai PUA dalla sua introduzione ad oggi. - Percentuale di persone che affermano di rivolgersi a PUA per cercare risposte e soluzioni ai loro bisogni.	Desk: - Dati Regione Lazio su statistiche inerenti all'utenza PUA Field: - Interviste semi-strutturate - Survey a utenti e famiglie
	1.3. In che misura gli utenti accedono ai servizi sociali attraverso i PUA?	La percentuale di persone che accede ai servizi sociali tramite il PUA registra un aumento nel corso del tempo dell'implementazione del servizio.	Percentuale di persone che ha avuto accesso ai servizi sociali attraverso i PUA	Desk: - Dati raccolti presso i PUA - Dati raccolti presso gli ATS Field: - Survey a utenti e famiglie

Domanda	Sotto-domanda	Criterio di Valutazione	Indicatore	Fonti
	1.4. In che misura gli utenti accedono ai servizi sanitari attraverso i PUA?	La percentuale di persone che accede ai servizi sanitari tramite il PUA registra un aumento nel corso del tempo dell'implementazione del servizio.	Percentuale di persone che ha avuto accesso ai servizi sanitari attraverso i PUA	Desk: - Dati raccolti presso i PUA - Dati raccolti presso le ASL Field: - Survey a utenti e famiglie
	1.5. In che misura gli utenti accedono ai servizi sociosanitari attraverso i PUA?	La percentuale di persone che accede ai servizi sociosanitari tramite il PUA registra un aumento nel corso del tempo dell'implementazione del servizio.	Percentuale di persone che ha avuto accesso ai servizi sociosanitari attraverso i PUA	Desk: - Dati raccolti presso i PUA - Dati raccolti presso le ASL - Dati raccolti presso gli ATS Field: - Survey a utenti e famiglie
2. In che misura i casi che presentano una complessità sociale e sanitaria sono gestiti in modo integrato?	2.1. In che misura i bisogni complessi sono stati adeguatamente affrontati con un approccio multidisciplinare?	Ogni prevalutazione che abbia un esito di bisogno complesso conduce all'invio all'UVM.	Numero di invii alla UVM	Desk: Dati raccolti presso i PUA
	2.2. La composizione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale rispecchia la rappresentatività delle varie professionalità dei sistemi sanitario e sociale?	La composizione dell'equipe multidisciplinare include tutte le professionalità essenziali dei sistemi sanitario e assistenziale (MMG, Infermiere, Assistente Sociale)	Tipologia e numero di professionalità coinvolte nella valutazione	Desk: - Report delle riunioni UVM - Dati raccolti presso i PUA Field: - Casi studio - Survey a personale PUA
	2.3. Le riunioni della UVM portano alla definizione di Progetti di Assistenza Individuale in modo adeguato ai bisogni?	I Progetti di Assistenza Individuali sono adeguati ai bisogni dell'utenza e volti ad affrontare le necessità specifiche di chi presenta una complessità clinica e sociale.	Tipologia e numero di Progetto di Assistenza Individuale Integrata (PAI) attivati	Desk: - Report delle riunioni UVM - Dati raccolti presso i PUA Field: - Casi studio - Survey a personale PUA
	2.4. In che misura avviene il monitoraggio e la valutazione dei	Il monitoraggio e la valutazione dei percorsi di assistenza, sia per i bisogni semplici che per i	Frequenza di aggiornamento dei dati relativi ai percorsi individuali di assistenza	Field: - Casi studio - Survey a personale PUA

Domanda	Sotto-domanda	Criterio di Valutazione	Indicatore	Fonti
	percorsi di assistenza avviati dal PUA?	bisogni complessi, avvengono in modo puntuale e preciso, producendo documentazione accessibile e aggiornata. L'utente è aggiornato in maniera puntuale e tempestiva	Percentuale di utenti che afferma di essere stato seguito regolarmente una volta avviati i percorsi di assistenza	
3. In che misura viene semplificato l'accesso ai servizi sociali e sanitario per la popolazione della Regione Lazio?	3.1. I PUA sono facilmente visibili e raggiungibili dall'utenza?	L'ubicazione dei PUA è nota, chiara, riconoscibile e accessibile.	- Numero di PUA effettivamente ubicati presso una casa della comunità - Percentuali di utenti che ritengono che l'ubicazione dei PUA sia nota, chiara, riconoscibile e accessibile	Desk: - Dati regione Lazio Field: - Survey utenti e famiglie - Survey a personale PUA
	3.2. I PUA sono fruibili dalla popolazione in orari adeguati a soddisfare le necessità dell'utenza?	I servizi offerti dai PUA sono accessibili in orari compatibili con le necessità dell'utenza.	- Ore di apertura medie dei PUA - Percentuale di utenti che considerano adeguato l'orario di apertura dei PUA	Desk: - Dati raccolti presso i PUA Field: - Survey utenti e famiglie

Efficienza

Comprensione del Criterio di Efficienza

L'efficienza misura l'adeguatezza delle risorse messe a disposizione per l'iniziativa (**input**) ai **risultati** e agli **impatti** ottenuti con la stessa. Questo criterio di valutazione dovrà considerare in particolare il carico amministrativo e gestionale derivante dall'implementazione di un servizio che integra aspetti sociali e sanitari, con la complessità che questo genera.

Domanda di Valutazione:

La **domanda di valutazione 4.** (*In che misura l'organizzazione amministrativa dei PUA facilita o ostacola il funzionamento dei PUA?*) ha lo scopo di verificare se e in che misura l'implementazione dei PUA sia minata da ostacoli amministrativi che ne impediscano il corretto funzionamento. Ritardi e complessità procedurali, oltre all'accessibilità e alla disponibilità delle banche dati integrate necessarie all'operato delle professionalità attive nei PUA sono gli aspetti principali da tenere in considerazione per questa domanda. In particolare, la domanda tiene conto dei seguenti aspetti: 1. Selezione e gestione del personale che opera nei PUA; 2. Meccanismo di finanziamento dei PUA; 3. Procedure operative dei PUA, inclusi i passaggi di tipo amministrativo; 4. Disponibilità dei dati sull'utenza per gli operatori coinvolti nelle attività dei PUA.

Metodologia

Il secondo criterio di valutazione sarà determinato da una serie di dati qualitativi, raccolti attraverso interviste mirate al personale dei PUA, ai dirigenti delle ASL e degli ATS.

Un quadro complessivo di domande, indicatori e fonti per il criterio di Efficienza si trova nella Tabella 2.

Tabella 2. Griglia di valutazione per il criterio di Efficienza

Domanda	Sotto-domanda	Criterio di Valutazione	Indicatore	Fonti
4. In che misura l'organizzazione amministrativa dei PUA facilita o ostacola il loro funzionamento?	4.1. Come funziona il meccanismo di selezione, formazione e turnazione delle risorse umane coinvolte?	- Il personale, una volta selezionato, è presente con continuità all'interno dello stesso PUA. - Il personale operante nei PUA è adeguatamente formato.	- Percentuale di stakeholders che ritiene di essere adeguatamente formato e non soggetto a eccessivi trasferimenti. - Numero di stakeholders che ritiene di essere adeguatamente formato e non soggetto a eccessivi trasferimenti.	Field: - Survey personale PUA - Interviste semi-strutturate - Casi studio
	4.2. Come funziona il meccanismo di finanziamento dei PUA e in che modo facilita o ostacola il normale funzionamento dei PUA?	- I PUA sono finanziati attraverso diverse linee di finanziamento. - I PUA sono finanziati da un'unica linea di finanziamento.	- Numero di stakeholders che ritiene il meccanismo di finanziamento dei PUA adeguato al raggiungimento degli obiettivi dei PUA - Numero di stakeholders che ritiene il meccanismo di finanziamento dei PUA ostacoli il raggiungimento degli obiettivi dei PUA - Percentuale di personale PUA che ritiene il meccanismo di finanziamento dei PUA adeguato al raggiungimento degli obiettivi dei PU	Field: - Survey personale PUA - Interviste semi-strutturate - Casi studio
	4.3. In che modo le norme e i regolamenti (Procedure Operative) impediscono o rallentano il completamento delle singole attività in capo al personale dei PUA?	Le norme e i regolamenti (Procedure Operative) consentono al personale dei PUA di gestire bisogni semplici e bisogni complessi senza comportare un'eccessiva frammentazione amministrativa.	- Tempo e risorse dedicate al reperimento delle informazioni (dati sanitari e sociali) sull'utenza. - Tempo e risorse dedicati ad attività non legate al rapporto con l'utenza (es. ottenimento autorizzazioni, stesura rapporti, rendicontazione, comunicazione con altri servizi, etc.).	Field: - Survey personale PUA - Casi studio
	4.4. C'è un'effettiva condivisione delle informazioni relative	Presenza di una banca dati condivisa in cui	Tipologie di dati necessari allo svolgimento delle attività degli	Field: - Survey personale PUA

Domanda	Sotto-domanda	Criterio di Valutazione	Indicatore	Fonti
	all'utenza, in modo tale da permettere un efficace invio dell'utenza ai rispettivi percorsi sociale, sanitario o sociosanitario?	dati dei sistemi sociale e sanitario sono mutuamente accessibili	operatori PUA immediatamente accessibili, senza ricorrere a richieste ad altri dipartimenti e/o altri servizi) • Probabilità di reperire tutte le informazioni necessarie allo svolgimento delle attività degli operatori PUA).	- Interviste semi-strutturate - Casi studio

Rilevanza

Comprensione del Criterio di Rilevanza

La rilevanza esamina il grado di coerenza tra le attività dei PUA (e i servizi correlati) e i bisogni sociali, sanitari e sociosanitari espressi dal territorio regionale. In particolare, il criterio considera se e in che misura l'implementazione dei PUA riesca a rispondere in modo appropriato ai bisogni dell'utenza e ad adattarsi all'evoluzione delle fragilità sociali, demografiche e assistenziali che caratterizzano il contesto regionale.

La **domanda di valutazione n. 5** relativa alla rilevanza è pertanto orientata a comprendere il valore dei PUA in relazione:

- alla capacità di intercettare bisogni complessi e multidimensionali;
- all'adeguatezza dell'attuale configurazione organizzativa e territoriale rispetto all'evoluzione della domanda sociosanitaria;
- alla disponibilità di strumenti di monitoraggio e basi informative idonee a rappresentare i bisogni emergenti della popolazione;
- alla capacità del sistema di orientare e adattare i percorsi di presa in carico ai cambiamenti del contesto sociale e sanitario regionale;

e può essere formulata nel seguente modo: *in che misura i PUA sono rilevanti nell'affrontare i bisogni attuali ed emergenti della popolazione della Regione Lazio?*

Metodologia

Il terzo criterio di valutazione sarà determinato da una serie di dati qualitativi, raccolti attraverso interviste mirate al personale dei PUA. Inoltre, ci si avvarrà di studi e report ministeriali, di dati statistici (ISTAT e ministeriali) e di letteratura scientifica, in modo particolare per quanto riguarda l'analisi delle tendenze future in ambito sociosanitario, da confrontarsi con l'assetto corrente dei PUA.

Un quadro complessivo di domande, indicatori e fonti per il criterio di rilevanza si trova nella Tabella 3.

Tabella 3. Griglia di Valutazione per il criterio di Rilevanza

Domanda	Sotto-domanda	Criterio di Valutazione	Indicatore	Fonti
5. In che misura i PUA sono rilevanti nell'affrontare i bisogni attuali ed emergenti della popolazione della Regione Lazio?	5.1. Gli obiettivi dei PUA sono adeguati ai bisogni della popolazione?	Gli obiettivi dei PUA rispondono ai bisogni attuali ed emergenti della popolazione	- Livello di corrispondenza tra obiettivi dei PUA e bisogni della popolazione - Numero di stakeholders ritiene il PUA adeguato all'evolversi dei trend regionali e nazionali in ambito sociosanitario - Percentuale di stakeholders che ritiene il PUA adeguato all'evolversi dei trend regionali e nazionali in ambito sociosanitario	Desk: - Statistiche regione Lazio (Lazio in numeri) - Dati ISTAT su indicatori demografici e sociali - Dati EUROSTAT su indicatori persone a rischio povertà ed esclusione sociale Field: - Survey a utenti e famiglie - Survey a personale PUA - Interviste semi-strutturate - Casi studio
	5.2. L'attuale configurazione e organizzazione territoriale dei PUA permettono di far fronte ai bisogni emergenti e a quelli futuri?	- Il modello organizzativo dei PUA è adeguato all'evolversi dei trend regionali e nazionali in ambito sanitario e sociale. - L'organizzazione dei PUA garantisce un'adeguata copertura territoriale.	- Percentuale di utenti ritiene la configurazione e organizzazione dei PUA adeguato all'evolversi dei trend regionali e nazionali in ambito sociosanitario. - Livello di corrispondenza tra ubicazione dei PUA e bisogni della popolazione	Desk: - Dati ISTAT su distribuzione territoriale della popolazione Field: - Survey a utenti e famiglie - Survey a personale PUA - Interviste semi-strutturate - Casi studio
	5.3. In che misura avviene il monitoraggio e la valutazione dei percorsi di assistenza avviati dal PUA?	Il monitoraggio e la valutazione dei percorsi di assistenza, sia per i bisogni semplici che per i bisogni complessi, avvengono in modo puntuale e preciso, producendo	- Frequenza di aggiornamento dei dati relativi ai percorsi individuali di assistenza. - Percentuale di utenti che afferma di essere stato seguito regolarmente una	Field: - Survey a utenti e famiglie - Survey personale PUA - Casi studio

		documentazione accessibile e aggiornata. • L'utente è aggiornato in maniera puntuale e tempestiva.	volta avviati i percorsi di assistenza.	
	5.4. Le banche dati relative all'utenza del PUA sono sufficientemente aggiornate ed esaustive?	• Vi è un continuo monitoraggio delle esigenze della fascia di utenza nella Regione Lazio	• Frequenza di aggiornamento della mappatura della fascia di utenza.	Field: - Survey personale PUA - Interviste semi-strutturate - Casi studio

1.3.3 La raccolta dei dati

La risposta alle domande di valutazione si basa sulle evidenze raccolte da una serie di fonti che, una volta triangolate, permettono di ottenere un quadro completo circa i tre criteri di valutazione. Le evidenze sono raccolte tramite ricerca documentale e ricerca sul campo.

La ricerca documentale ("Desk") ha permesso di elaborare il quadro generale dell'intervento sociosanitario dei PUA, oltre a fornire dati puntuali per la risposta a specifiche sotto-domande di valutazione.

- **Dati provenienti dai PUA:** Dati dal monitoraggio dei Piani di zona (accessi, stanziamenti finanziari, professionisti, attività principali, etc.); documentazione sui PUA disponibile su siti web tematici.
- **Statistiche regionali, nazionali ed europee** (es: Istat, Eurostat, Rapporti Regione Lazio).
- **Normative** (Costituzione Italiana; Leggi Ordinarie, Decreti, Leggi Regionali e Delibere della Giunta Regionale in materia sociale e sanitaria).
- **Letteratura scientifica** (studi su: non-autosufficienza, disabilità, rapporto tra medicina e inclusione sociale, demografia, urbanistica)

Per quanto concerne la **ricerca sul campo** ("Field"), la metodologia include **interviste semi-strutturate** con referenti PUA, due **survey** rivolte rispettivamente a personale PUA e utenti & famiglie e **casi studio**. Di queste consultazioni, come riportato nella Tabella 4, sono state finora realizzate le interviste e le due survey.

Tabella 4. Consultazioni realizzate

Tipo di consultazione	Stakeholders coinvolti	Tempistiche
Interviste semi-strutturate	Referenti PUA distrettuali e aziendali. Sono stati inclusi professionisti del campo sociale e del campo sanitario, indicati dai dirigenti delle ASL. Sono state realizzate 9 interviste individuali e 2 interviste di gruppo.	• Data di inizio: 30 aprile 2025 • Data di conclusione: 23 maggio 2025
Survey 1. Utenti e Famiglie	Utenti dei PUA della Regione Lazio, familiari degli utenti dei PUA e caregiver. Sono state ottenute 203 risposte valide.	• Data di inizio: 29 maggio 2025 • Data di conclusione: 15 luglio 2025
Survey 2. Personale PUA	Operatori PUA in tutte le ASL della Regione Lazio Sono state ottenute 222 risposte valide.	• Data di inizio: 29 maggio 2025 • Data di conclusione: 23 giugno 2025
Casi studio	Personale operante nei singoli PUA: • Medici • Infermieri • Assistenti Sociali • Amministrativi • Altri professionisti	Programmate per: ottobre-novembre 2025

1.3.4 La “triangolazione” e l’interpretazione dei dati

Tutti i dati e le informazioni che informano la valutazione sono soggetti a una valutazione critica, inclusa la qualità, la comprensione dei limiti e dei punti di forza. Questo ci consente di formulare giudizi informati sulla misura in cui i risultati e i dati possono essere considerati attendibili nel rispondere alle domande di valutazione. Durante tutto il progetto, tutte le informazioni raccolte attraverso strumenti di ricerca sul campo sono state adeguatamente sistematizzate per facilitare l'analisi con riferimento alla griglia di valutazione descritta sopra. Utilizzeremo una griglia di evidenze per sistematizzare e accumulare tutte le informazioni pertinenti all'interno di un documento. Struttureremo questa griglia basandoci sulla matrice di valutazione, che è strutturata secondo i criteri/domande di valutazione. In questo modo, costruiremo un repository di tutte le informazioni raccolte, relative a tutte le domande di valutazione, criteri di giudizio/criteri di successo e indicatori, coprendo tutti i set di domande di valutazione.

L'analisi dei dati e delle informazioni è svolta tramite **triangolazione** dei dati, sia tra dati e informazioni raccolte sul campo consultando diversi stakeholders, e sia tra ricerca desk e sul campo (*triangolazione trasversale*). La triangolazione implica la verifica incrociata dei dati provenienti da diverse fonti e soggetti di dati, approfondendo la comprensione e consentendo interpretazioni multi-prospettiche. Il processo di triangolazione è iterativo e spesso comporta scambi tra i membri del team, con l'obiettivo di:

- Analizzare, codificare i dati e compilare la griglia di valutazione;
- Confrontare i risultati tra le fonti di dati, cercando modelli, tendenze, differenze e confermando risultati diversi;
- Esaminare ulteriormente modelli e differenze, mettendo in discussione i risultati e cercando di comprendere le differenze;
- Formulare risposte sfumate e accurate alle domande di valutazione.

L'attività di triangolazione conduce alla fase di interpretazione del dato, intesa come il processo attraverso cui le evidenze raccolte vengono elaborate e ricondotte a un quadro conoscitivo strutturato e significativo ai fini della valutazione.

L'integrazione di dati provenienti da fonti, strumenti e stakeholder differenti contribuisce a costruire un'interpretazione quanto più possibile coerente, solida e multidimensionale, fondata:

- sulla contestualizzazione delle evidenze rispetto al contesto sociale, territoriale e organizzativo di riferimento;
- sulla concettualizzazione dei dati, mediante il collegamento con i principali riferimenti teorici e metodologici adottati nella ricerca;
- sulla comparazione tra evidenze provenienti da fonti e prospettive differenti, al fine di individuare convergenze, differenze e ricorrenze significative nell'analisi dei fenomeni osservati.

2 Il Punto Unico d'accesso (PUA)

2.1 Il contesto sociale e i potenziali utenti

Al fine di comprendere il quadro generale entro cui si inserisce l'intervento sociosanitario dei Punti Unici di Accesso, è necessario delineare i tratti principali del contesto sociale e sanitario della Regione Lazio, per poi presentare succintamente il percorso che ha condotto alla realizzazione dei PUA e descriverne il modello organizzativo.

Per comprendere il contesto sociale e il bacino d'utenza potenziale dei PUA, il rapporto si concentrerà in primo luogo sui fattori psicofisici che determinano condizioni di fragilità sociale e di non-autosufficienza (invecchiamento, disabilità, multicronicità, demenza); in secondo luogo, il rapporto si soffermerà sia sui principali indicatori socioeconomici – specificando la natura multidimensionale del bisogno –, sia sulle principali difficoltà di accesso ai servizi sociosanitari. In tal modo il rapporto offre una ricostruzione (seppur parziale) della cornice in cui vengono erogati i servizi dei Punti Unici di Accesso.

2.1.1 La natura multidimensionale del bisogno sociosanitario

I fattori sociali ed economici che influenzano l'autosufficienza dei cittadini comportano spesso un quadro socio-sanitario complesso, caratterizzato da una multidimensionalità del bisogno, che a sua volta condiziona l'aspettativa di qualità della vita e la mortalità dei cittadini interessati. Il bisogno assistenziale, infatti, lungi dall'essere determinato dalla condizione meramente sanitaria o psicofisica, dipende spesso dall'intreccio di una pluralità di fattori (sanitari, sociali, psicologici, economici, familiari, abitativi, etc.). La stima delle necessità di natura socioassistenziale deve pertanto tenere in considerazione la crescente multidimensionalità del bisogno degli utenti.

Nella Regione Lazio, l'aumento dell'età media (nel 2023 oltre un quarto della popolazione supera i 65 anni di età), la significativa presenza di multicronicità (quasi il 10% nel 2022), unitamente al fatto che oltre un quarto della popolazione è a rischio povertà o deprivazione materiale, determinano un significativo bisogno assistenziale per una parte consistente della popolazione. Le persone non autosufficienti e/o in stato di deprivazione materiale rappresentano la fascia d'utenza tipica dei servizi sanitario e sociale pubblici, non avendo altri mezzi per sopperire alla propria situazione di difficoltà.

La tutela del diritto alla salute di questa fascia della popolazione dipende dalla capacità dei servizi sociosanitari di fornire una risposta adeguata alle necessità che emergono dalle diverse situazioni individuali.

2.1.2 La non-autosufficienza e i suoi fattori determinanti

La non autosufficienza può essere definita come una condizione multidimensionale nella quale la persona, a causa dell'interazione tra compromissioni fisiche, cognitive, psichiche o sensoriali e fattori ambientali, familiari e sociali, non è in grado di svolgere in modo autonomo, continuativo e sicuro le attività fondamentali e strumentali della vita quotidiana. Essa non coincide, dunque, con la sola presenza di una patologia, né può essere ricondotta esclusivamente alla certificazione di invalidità o disabilità, ma deve essere letta come esito di un processo complesso che coinvolge il funzionamento complessivo della persona nel proprio contesto di vita.

Da un punto di vista funzionale, una persona viene generalmente definita non autosufficiente quando presenta un'incapacità, totale o parziale, di gestire le attività strumentali della vita quotidiana (Instrumental Activities of Daily Living – IADL). Tali attività comprendono un insieme di competenze necessarie per mantenere un adeguato livello di indipendenza all'interno della comunità e hanno un raggio più ampio rispetto alle attività di base della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL). Le ADL riguardano infatti funzioni essenziali quali lavarsi, vestirsi, alimentarsi, muoversi, controllare le funzioni corporee e assumere correttamente i farmaci. Le IADL includono invece attività più complesse, come preparare i pasti, fare la spesa, gestire le finanze personali, utilizzare i mezzi di

trasporto, occuparsi della gestione domestica (pulizie e manutenzione della casa), nonché comunicare efficacemente attraverso strumenti quali il telefono o internet. La compromissione di queste capacità rappresenta spesso uno dei primi indicatori di perdita dell'autonomia e costituisce un elemento centrale nella valutazione del bisogno assistenziale.

In questa prospettiva, la non autosufficienza assume una natura funzionale e bio-psico-sociale: rilevano non solo le limitazioni nelle attività di base e nelle attività strumentali della vita quotidiana, ma anche il grado di partecipazione sociale, la capacità di mantenere relazioni significative, la disponibilità di reti familiari e di cura, le condizioni abitative, economiche e territoriali, nonché la presenza di barriere fisiche, organizzative o sociali che possono aggravare la perdita di autonomia. L'autosufficienza degli individui risente infatti di una pluralità di fattori fisici, mentali e ambientali. Dal punto di vista fisico, l'invecchiamento, la multicronicità, le disabilità motorie, le malattie acute e il dolore cronico possono incidere significativamente sulla capacità di svolgere le attività quotidiane. A questi elementi si aggiungono le compromissioni cognitive e psichiche, quali la demenza, i disturbi neurodegenerativi, le disabilità cognitive e le malattie mentali, che possono limitare la capacità di pianificare, organizzare e gestire autonomamente la propria vita. Sul piano sociale e ambientale, assumono un ruolo determinante la presenza o l'assenza di un supporto familiare, l'ampiezza della rete relazionale, le condizioni economiche, la qualità dell'abitazione, l'accessibilità dei servizi e delle infrastrutture pubbliche e, più in generale, la capacità del contesto di sostenere la persona nelle attività quotidiane.

I fattori determinanti della non autosufficienza sono pertanto molteplici: la gravità della compromissione sanitaria, la multimorbidità, la fragilità personale e sociale, l'assenza o l'insufficienza di sostegni familiari, la vulnerabilità economica, l'isolamento relazionale, la difficoltà di accesso ai servizi e la maggiore o minore capacità dell'ambiente di adattarsi ai bisogni della persona. La condizione di non autosufficienza emerge infatti dall'interazione tra limitazioni individuali e contesto di vita, secondo una prospettiva che supera una visione esclusivamente medica della disabilità e della dipendenza.

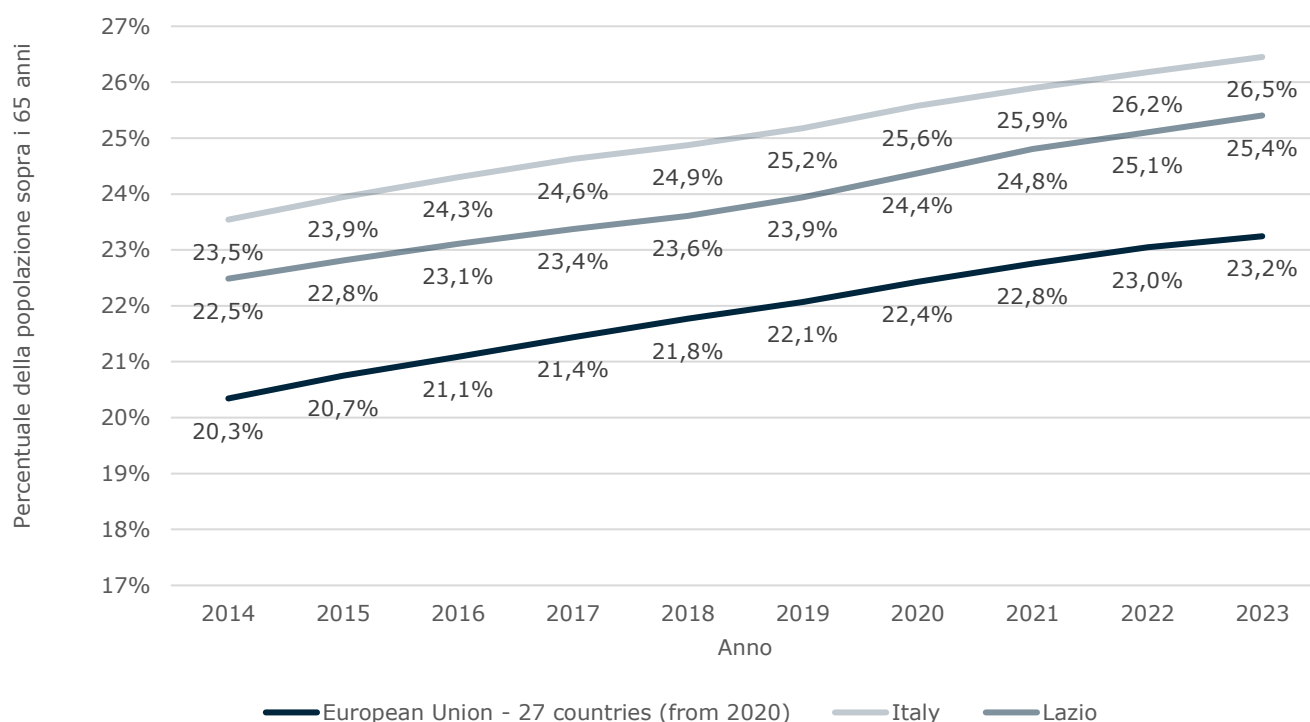
Alla luce del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2025-2027 e del più recente paradigma introdotto dalla riforma in materia di disabilità, la valutazione della non autosufficienza tende dunque a spostarsi da una logica meramente certificativa o prestazionale a una logica complessiva di presa in carico, fondata sull'analisi integrata dei bisogni, dei sostegni necessari e delle condizioni di vita della persona. Tale approccio consente di distinguere diversi livelli di intensità del bisogno: dalle condizioni di parziale non autosufficienza, nelle quali la persona conserva alcune capacità ma necessita di sostegni per evitare isolamento, emarginazione o perdita progressiva di autonomia, fino alle situazioni di disabilità gravissima, caratterizzate da dipendenza vitale e necessità di assistenza continuativa.

Ne deriva che la non autosufficienza non può essere intesa come una categoria statica, né come una condizione esclusivamente sanitaria. Essa rappresenta piuttosto una condizione dinamica, graduabile e relazionale, determinata dall'equilibrio — o dallo squilibrio — tra le capacità residue della persona, l'intensità dei bisogni assistenziali e la qualità dei sostegni disponibili nel contesto familiare, sociale, territoriale e istituzionale. In questo senso, l'obiettivo delle politiche pubbliche non è soltanto compensare una perdita di autonomia, ma costruire le condizioni affinché la persona possa conservare il massimo livello possibile di autodeterminazione, partecipazione e inclusione sociale.

2.1.3 Invecchiamento: in EU, in Italia e nella Regione Lazio

La letteratura scientifica sulla non autosufficienza è pressoché unanime nell'individuare nell'età avanzata il primo ostacolo allo svolgimento autonomo delle attività strumentali della vita quotidiana.

Negli ultimi decenni, a livello europeo e nazionale si registra un crescente invecchiamento della popolazione. Negli ultimi dieci anni, la **fascia della popolazione Europea superiore a 65 anni è cresciuta dal 20,34% al 23,34%.**

Figura 1. Percentuale di popolazione over 65


Fonte: EUROSTAT⁶

In Italia, la fascia sopra i 65 anni ha registrato un aumento dal 23,6% al 26,5%, mentre **nella regione Lazio dal 22,5% al 25,4%** (vedi Figura 1). Le principali proiezioni demografiche indicano un generale aumento dell'età media della popolazione europea nei prossimi decenni: l'*Ageing Report* della Commissione Europea stima che in Italia l'indice di dipendenza⁷ crescerà dal 40,8% al 64,9% per la popolazione anziana e dal 13,0% al 23,2% per la popolazione molto anziana tra il 2022 e il 2045.⁸ È quindi ragionevole ritenere costante la tendenza all'invecchiamento della popolazione nei prossimi decenni anche per la Regione Lazio.

2.1.4 Multicronicità nella Regione Lazio

Il costante invecchiamento della popolazione comporta un incremento della prevalenza di patologie croniche, spesso in condizioni di multicronicità, a sua volta fattore limitante delle IADL.

Per **multicronicità** si intende la presenza simultanea di due o più malattie croniche in un individuo. Le malattie croniche sono condizioni di lunga durata che generalmente progrediscono lentamente e possono includere patologie come il diabete, l'ipertensione, le malattie cardiovascolari, l'artrite, le malattie respiratorie croniche, etc.

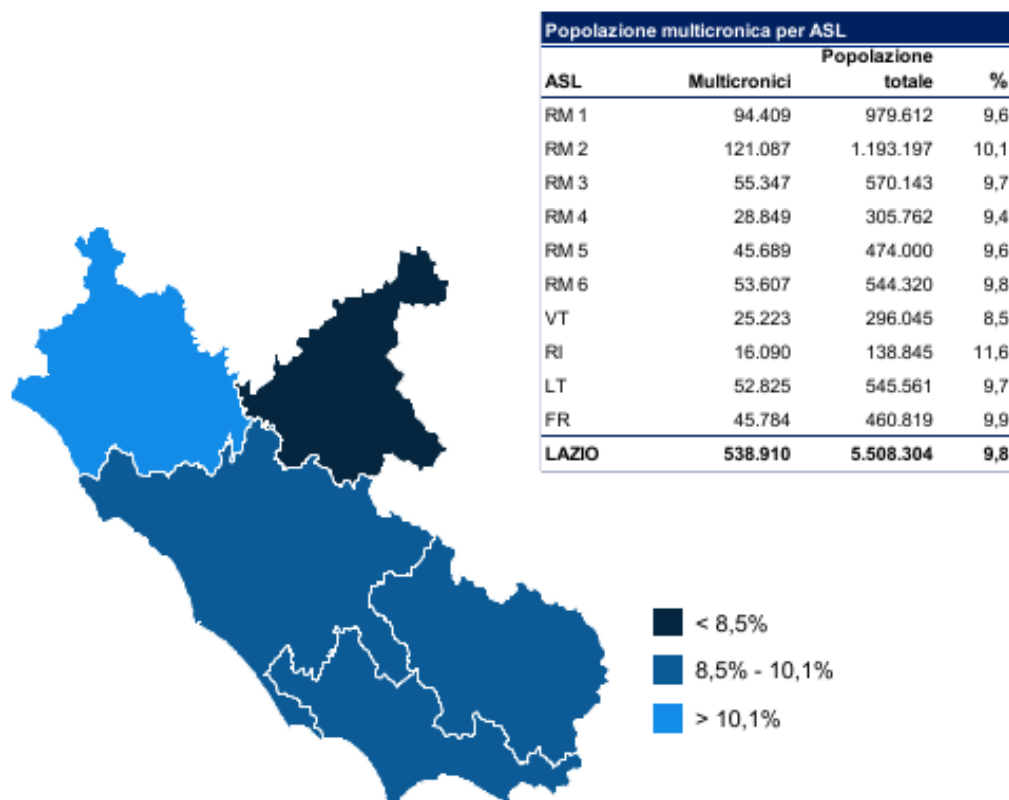
Nel 2022, la **prevalenza di persone interessate da multicronicità nella regione Lazio era del 9,8%** (vedi Figura 2).

⁶ Disponibile al link: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>.

⁷ L'indice di dipendenza ('dependency ratio') indica il rapporto tra le fasce inattive e quelle attive della popolazione. Si considera la fascia 20-64 anni per la popolazione potenzialmente attiva; la fascia 65+ per la popolazione anziana e 80+ per popolazione molto anziana.

⁸ EU Commission, 2024 Ageing Report. Underlying Assumptions and Projection Methodologies.

Figura 2. Popolazione multicronica (2 o più patologie) per ASL di assistenza.



Fonte: Piano di programmazione dell'assistenza territoriale 2024 - 2026⁹

Va notato, a questo riguardo, che il rapporto tra il numero di patologie e il costo medio pro-capite presenta un andamento quasi lineare.

2.1.5 Disabilità in Italia

Oltre alle patologie più direttamente connesse all'età avanzata, occorre considerare l'insieme delle condizioni che possono incidere sull'autonomia della persona, tra le quali assumono particolare rilievo le diverse forme di disabilità. In tale ambito, il riferimento fondamentale è rappresentato dalla Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), che ha consolidato il passaggio da una concezione meramente sanitaria della disabilità a una prospettiva relazionale, sociale e fondata sui diritti umani. Secondo tale impostazione, la disabilità non può essere identificata esclusivamente con una menomazione individuale o con una condizione clinica, ma deve essere letta come il risultato dell'interazione tra compromissioni durature della persona e barriere ambientali, sociali, culturali, organizzative e istituzionali che possono limitare la piena ed effettiva partecipazione alla vita sociale su base di uguaglianza con gli altri.

A questo paradigma si conforma anche il più recente quadro normativo nazionale delineato dalla legge delega n. 227/2021 e attuato dal D.Lgs. n. 62/2024. La riforma ridefinisce infatti la disabilità in termini bio-psico-sociali, valorizzando non solo la dimensione sanitaria, ma anche il contesto di vita della persona, i sostegni necessari, le condizioni di partecipazione e le barriere che ostacolano l'autonomia. La valutazione della disabilità assume, pertanto, una funzione non meramente certificativa, ma orientata all'individuazione dei bisogni, alla definizione dei sostegni, alla promozione dell'autodeterminazione e alla costruzione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

⁹ Regione Lazio, Piano di programmazione dell'assistenza territoriale 2024 - 2026, Pub. L. No. SAN-DGR-976-Allegato (2023). <https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/documentazione/SAN-DGR-976-28-12-2023-Allegato.pdf>.

In questa prospettiva, la disabilità può essere intesa come una condizione complessa che comprende menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali, limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane e restrizioni alla partecipazione alla vita della comunità. Essa esprime, dunque, gli effetti negativi dell'interazione tra una condizione individuale di salute e i fattori contestuali — ambientali, personali, familiari e sociali — nei quali la persona vive. È proprio questa impostazione ampia e contestuale, riconducibile al modello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a essere utilizzata anche dall'ISTAT per la produzione delle stime sulla popolazione con disabilità.

I dati disponibili mostrano la rilevanza quantitativa e sociale del fenomeno. Nel 2019, in Italia, le persone con disabilità erano stimate in 3 milioni e 150 mila, pari al 5,2% della popolazione. La condizione interessa in misura particolarmente significativa la popolazione anziana: quasi 1 milione e mezzo di persone con più di 65 anni, pari al 22% della popolazione in quella fascia di età, risultava in condizione di disabilità; tra queste, circa 1 milione erano donne. Inoltre, il 29% delle persone con disabilità viveva sola, con una conseguente sovrapposizione tra limitazioni funzionali, fragilità relazionali e bisogni di sostegno sociale. Tale dato conferma come la disabilità, soprattutto quando si accompagna all'invecchiamento, all'isolamento o alla debolezza delle reti familiari, non possa essere affrontata esclusivamente come questione sanitaria, ma richieda una lettura integrata dei bisogni e una risposta coordinata dei servizi sociali, sanitari e territoriali.

2.1.6 Demenza senile e Alzheimer in Italia

In Italia, si stima che nel 2019 le **demenze senili** interessino circa **un milione di persone** e l'**Alzheimer** colpisca circa **600.000 persone** tra gli over 65 che vivono in famiglia (circa il 4,2% degli anziani: il 3% tra gli uomini e al 5,1% tra le donne). La popolazione anziana è anche interessata da patologie mentali, fra le quali la più diffusa è la **depressione**, che in base a una rilevazione del 2019 interessa l'11,3% degli anziani, spesso associata ad ansietà cronica grave. Il divario di genere è notevole, laddove tra gli uomini la percentuale è il 6,7% e tra le donne raddoppia al 14,9%.¹⁰ I caregiver familiari sono circa 3 milioni.¹¹

2.1.7 L'influenza della vulnerabilità socioeconomica

Oltre ai fattori psicofisici, diversi **fattori socioeconomici** inficiano l'autosufficienza dei cittadini o ne minano le capacità di organizzazione autonoma e indipendente della propria vita.

Uno studio del 2023 realizzato su oltre 33 paesi (inclusa l'Italia), ha dimostrato che la prevalenza della disabilità funzionale fisica (incapacità a gestire IADL e ADL) è più alta nei paesi a reddito medio-basso rispetto ai paesi ad alto reddito, ed è più diffusa nei gruppi a basso reddito in tutti i paesi dello studio.¹²

La correlazione inversa tra reddito pro capite e capacità a gestire IADL è provata anche da altri studi più datati. Uno di questi, condotto in Cina con dati dei primi anni 2000, dimostra inoltre che il tasso di educazione è direttamente associato alla capacità funzionale delle attività strumentali della vita quotidiana (IADL), sebbene non sia correlato alle attività essenziali (ADL).¹³ Similmente, una ricerca condotta negli Stati Uniti ha riportato che nell'arco di vent'anni (1982-2002), la prevalenza della disabilità funzionale nella gestione delle attività quotidiane (ADL) è diminuita nei gruppi più avvantaggiati, ma è aumentata nei gruppi con reddito e istruzione più bassi.¹⁴ Un più recente studio sulla popolazione anziana dell'India ha riportato risultati coerenti circa l'influenza dello status

¹⁰ ISTAT, *Report anziani 2019*, 5.

¹¹ Ministero della Salute, "Linee Di Indirizzo Nazionali Sui PDTA per Le Demenze," 4.

¹² Li et al., "Cross-Country Comparison of Income-Related Inequality in Physical Functional Disability among Middle-Aged and Older Adults."

¹³ Beydoun and Popkin, "The Impact of Socio-Economic Factors on Functional Status Decline among Community-Dwelling Older Adults in China."

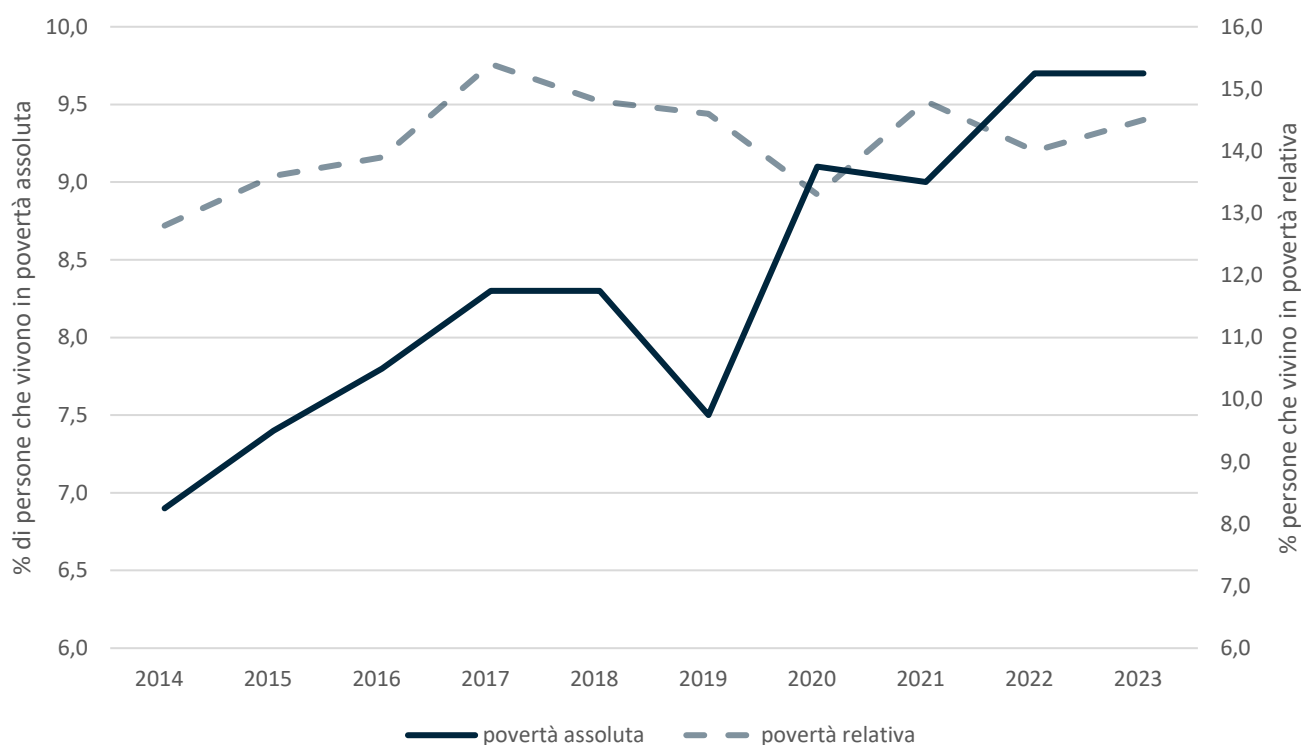
¹⁴ Schoeni et al., "Persistent and Growing Socioeconomic Disparities in Disability Among the Elderly."

economico, dimostrando come il benessere economico sia indirettamente correlato alla disabilità funzionale della popolazione anziana.¹⁵

Il **rischio povertà** e la **deprivazione materiale** sono pertanto fattori che, a prescindere dal contesto nazionale, contribuiscono in modo inequivocabile al peggioramento dell'autosufficienza dei cittadini.

Negli ultimi dieci anni in Italia si è registrato un notevole incremento della povertà assoluta, che nel 2014 interessava il 6,9% della popolazione, mentre nel 2023 ha raggiunto il 9,7%. La povertà relativa nel nostro Paese si è alzata dal 12,8% al 14,5% nello stesso arco di tempo (vedi Figura 3).

Figura 3. Incidenza di povertà assoluta e relativa individuale in Italia
(% di persone che vivono in famiglie in povertà assoluta e relativa sui residenti)



Fonte: ISTAT¹⁶

Nella regione Lazio, a partire dal 2020, le persone a rischio di povertà¹⁷ o in grave deprivazione materiale¹⁸ (o che vivono in famiglie con un'intensità di lavoro molto bassa¹⁹) hanno registrato un aumento di quasi due punti percentuali. La Figura 4 mostra l'andamento

¹⁵ Patel et al., "Socio-Economic Inequality in Functional Disability and Impairments with Focus on Instrumental Activity of Daily Living."

¹⁶ Si veda: [Povertà | IstatData](#).

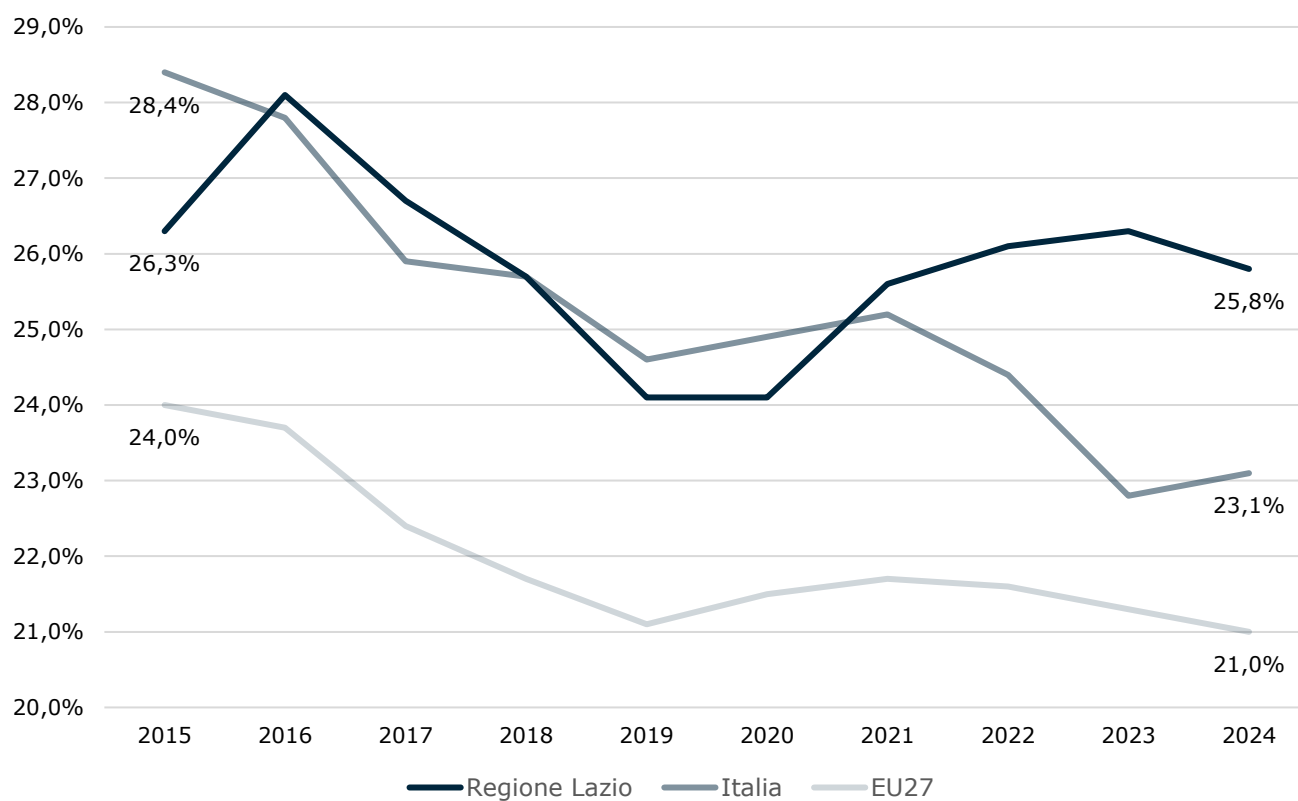
¹⁷ Sono considerate a **rischio di povertà** le persone con un reddito disponibile equivalente inferiore alla soglia di rischio di povertà, fissata al 60% del reddito disponibile equivalente mediano nazionale (al netto dei trasferimenti sociali).

¹⁸ La **deprivazione materiale** comprende indicatori relativi alla difficoltà economica e ai beni durevoli. Le persone in grave deprivazione materiale hanno condizioni di vita gravemente limitate dalla mancanza di risorse e sperimentano almeno 4 delle 9 seguenti privazioni: non possono permettersi i) di pagare l'affitto o le bollette, ii) di riscaldare adeguatamente la casa, iii) di affrontare spese impreviste, iv) di mangiare carne, pesce o un equivalente proteico a giorni alterni, v) di trascorrere una settimana di vacanza fuori casa, vi) di avere un'auto, vii) di avere una lavatrice, viii) di avere una TV a colori o ix) di avere un telefono.

¹⁹ Le persone che vivono in **famiglie con un'intensità di lavoro molto bassa** sono quelle di età compresa tra 0 e 59 anni che vivono in famiglie in cui gli adulti (di età compresa tra 18 e 59 anni) hanno lavorato meno del 20% del loro potenziale lavorativo totale durante l'anno precedente.

della percentuale di persone a rischio povertà o deprivazione materiale nell'Unione Europea, in Italia e nella Regione Lazio negli ultimi 10 anni.

Figura 4. Persone a rischio povertà o deprivazione materiale (AROE) in Lazio, Italia ed EU



Fonte: EUROSTAT²⁰

Sia a livello italiano che europeo c'è stato un notevole miglioramento, con una diminuzione di tre punti percentuali (dal 24.0% al 21.0%) di persone a rischio povertà e deprivazione materiale nel territorio EU tra il 2015 e il 2024, e una diminuzione di oltre cinque punti percentuali nel territorio italiano nello stesso periodo (da 28.4% a 23.1%). In entrambi i casi, dopo una netta diminuzione prima del 2020, si è riscontrato un leggero incremento, in corrispondenza degli anni in cui la pandemia di COVID-19 ha condizionato le vite di milioni di cittadini. Anche la Regione Lazio presenta un miglioramento, ma il nuovo picco post-2020 ha riportato la percentuale di cittadini a rischio povertà e deprivazione materiale oltre il 25%, dopo essere calato fino al 24.1% nel 2019-2020. In breve, nella Regione Lazio il miglioramento su base decennale è appena percettibile, e la componente della popolazione al di sotto della soglia di rischio povertà e deprivazione materiale risulta essere maggiore sia della media europea (del 4.8%), sia della media italiana (del 2.7%): secondo le ultime rilevazioni, **oltre un quarto (25.8%) dei residenti in Lazio è a rischio povertà o in grave deprivazione materiale.**

2.1.8 La natura multidimensionale del bisogno sociosanitario

I fattori sociali ed economici che influenzano l'autosufficienza dei cittadini comportano spesso un quadro socioassistenziale complesso, caratterizzato da una **multidimensionalità** del bisogno, che a sua volta condiziona l'aspettativa di qualità della vita e la mortalità dei cittadini interessati.²¹ Il bisogno assistenziale, infatti, lungi dall'essere determinato dalla condizione meramente sanitaria o psicofisica, dipende spesso dall'intreccio di una pluralità di fattori (sanitari, sociali, psicologici, economici, familiari,

²⁰ EUROSTAT, "Persons at Risk of Poverty or Social Exclusion by Age and Sex"; EUROSTAT, "People at Risk of Poverty or Social Exclusion by NUTS 2 Region."

²¹ Veronese et al., "Multidimensional Frailty and Quality of Life."

abitativi, etc.). La stima delle necessità di natura socioassistenziale deve pertanto tenere in considerazione la crescente multidimensionalità del bisogno degli utenti.

Nella Regione Lazio, l'aumento dell'età media (nel 2023 oltre un quarto della popolazione supera i 65 anni di età), la significativa presenza di multicronicità (quasi il 10% nel 2022), unitamente al fatto che oltre un quarto della popolazione è a rischio povertà o deprivazione materiale, determinano un significativo bisogno assistenziale per una parte consistente della popolazione. Le persone non autosufficienti e/o in stato di deprivazione materiale rappresentano la fascia d'utenza tipica dei servizi sanitario e sociale pubblici, non avendo altri mezzi per sopperire alla propria situazione di difficoltà.

La tutela del diritto alla salute di questa fascia della popolazione dipende dalla capacità dei servizi sociosanitari di fornire una risposta adeguata alle necessità che emergono dalle diverse situazioni individuali.

2.1.9 Difficoltà di accesso al sistema sociosanitario:

La letteratura che riporta evidenze circa la capacità di risposta dei servizi offerti dalla Regione Lazio presenta, in linea generale, un quadro non sempre positivo. I servizi sociali e il servizio sanitario regionali, nonostante i diversi avanzamenti raggiunti attraverso il PNRR sul fronte della prevenzione e delle politiche sociali (in particolare per la popolazione anziana e per l'inclusione delle persone con disabilità),²² riescono solamente in parte ad offrire un livello delle prestazioni sufficiente alle necessità evidenziate. Inoltre, le caratteristiche territoriali e gli squilibri tra la città metropolitana di Roma e le realtà provinciali accrescono le divergenze nella qualità del servizio offerto.

Un'indagine dell'ISTAT riporta che in media, i cittadini della regione Lazio presentano una considerevole difficoltà nell'accedere a una serie di servizi essenziali:²³ **Il 5,3% delle famiglie consultate dichiarano infatti molta difficoltà a raggiungere tre o più servizi essenziali**, contro una media italiana del 4.9%²⁴.

Uno studio dell'*Osservatorio Interdipartimentale Permanente sui Servizi Sociali e le Povertà*²⁵ indica, sul fronte del disagio sociale e della lotta alla povertà, una forte **disomogeneità, che riflette le differenze territoriali e le caratteristiche urbanistiche dei vari territori regionali**. Da un lato c'è l'area metropolitana di Roma, che affronta problematiche tipiche delle grandi città, come la presenza di senzatetto e le 'nuove povertà' che colpiscono anche chi ha un lavoro. Dall'altro, ci sono aree rurali e interne con un'economia di sussistenza e l'invecchiamento della popolazione, e altre zone caratterizzate da una transizione economica difficile.

Inoltre, la presenza di comuni particolarmente piccoli (sotto i 5000 abitanti) nelle province di Frosinone e Viterbo acuisce la difficoltà nell'erogazione dei servizi sociali.

Alle criticità derivanti dalla conformazione territoriale si aggiungono alcuni elementi strutturali connessi alle modalità di accesso alle misure di welfare, spesso subordinate alla verifica di specifici requisiti economici e familiari (means test). In tali sistemi, l'accesso alle prestazioni dipende dal possesso di condizioni reddituali e patrimoniali inferiori a soglie definite dalla normativa vigente.

Tuttavia, l'applicazione di tali criteri può determinare situazioni nelle quali persone in condizioni di effettivo bisogno non riescono ad accedere alle misure di sostegno. In particolare, il sondaggio condotto dall'Osservatorio tra gli assistenti sociali evidenzia che alcune situazioni di vulnerabilità risultano non adeguatamente intercettate a causa della composizione del nucleo familiare o della

²² Ciolli, "L'attuazione Del Piano Nazionale Di Ripresa e Resilienza. La Regione Lazio e La Missione 6 Salute."

²³ I servizi considerati sono di varia natura, non solo sociosanitaria: farmacie, pronto soccorso, ufficio postale, polizia, carabinieri, uffici comunali, asilo nido, scuola materna, scuola elementare, scuola media inferiore, negozi di generi alimentari, mercati, supermercati.

²⁴ ISTAT, *BES 2023*.

²⁵ Salmieri, *Servizi sociali e misure di contrasto alla povertà*.

presenza di altri benefici previdenziali percepiti da componenti della famiglia, elementi che incidono sul possesso dei requisiti di accesso alle prestazioni.

Ne deriva un quadro nel quale le difficoltà territoriali e organizzative si intrecciano con limiti applicativi dei criteri di accesso alle misure di welfare, contribuendo a generare condizioni di accesso parziale o mancato accesso ai servizi sociali da parte di una quota della popolazione in stato di bisogno.²⁶

Un quadro disomogeneo emerge anche per quanto concerne i servizi sanitari e sociosanitari erogati dalle ASL, come conferma l'esempio delle misure per gli individui che presentano una forma di demenza.²⁷ Considerando il servizio sanitario a tutto tondo, è significativo che, da un'indagine ISTAT del 2023, **il 10,5%** delle persone che hanno preso parte al sondaggio ha dichiarato di aver **rinunciato a qualche visita specialistica** (escluse visite odontoiatriche) **o a esame diagnostico** (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, eccetera) pur avendone bisogno, contro una media italiana del 7,6%. I motivi della rinuncia sono vari. I principali riguardano l'impossibilità di pagare le cure; la scomodità nel raggiungimento della struttura sanitaria (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi); la lunga lista d'attesa.²⁸

La problematica legata alle lunghe **liste d'attesa** è confermata anche dai dati raccolti nel 2023-24 da *Cittadinanzattiva Lazio onlus*, un ente del terzo settore che si fa carico di considerare le segnalazioni dei cittadini circa le problematiche riscontrate nella fruizione dei servizi pubblici. La onlus, nel periodo giugno 2023-luglio 2024 ha raccolto un totale di 14.167 segnalazioni, la maggior parte riferite a problematiche legate alla salute dei cittadini (12.781). Tra queste, la principale problematica sollevata riguarda le **strutture del sistema sanitario**, che per il 55,8% (n=7.125) sono **vecchie o fatiscenti**. A questa problematica segue l'annosa questione delle lunghe liste d'attesa, segnalata dal 29,0% (n=3712) dei rispondenti, difficoltà solo parzialmente mitigata dalla condivisione delle agende delle strutture private accreditate nel sistema RECUP. Inoltre, il 6,8% (n=868) lamenta problemi con i medici di medicina generale e il 4,8% (n=610) riporta difficoltà nell'accompagnamento di persone con invalidità.²⁹

2.1.10 La risposta alle criticità del sistema sociosanitario: i PUA

In sintesi, nel quadro della natura multidimensionale del bisogno sociosanitario, si osserva da un lato l'aumento dell'età media e della multicronicità, con le complicazioni mediche del caso e la perdita di autosufficienza per la fascia anziana della popolazione e per le persone con disabilità; dall'altro gli indicatori socioeconomici e di integrazione sociale non presentano significativi miglioramenti. A fronte di questo quadro multidimensionale di crescente complessità, i servizi sociosanitari non si dimostrano sempre all'altezza delle richieste e delle aspettative della popolazione della Regione. Vari fattori tra i quali impedimenti normativi, lunghe liste d'attesa, il difficile raggiungimento delle strutture di cura o lo stato sub-ottimale degli edifici contribuiscono a minare l'accesso universalistico ai servizi sociosanitari – e con questo, al diritto alla salute dei cittadini.

Per far fronte a queste criticità, la legislazione Regionale – in conformità con le norme nazionali – prevede il ricorso ai **Punti Unici di Accesso**, che hanno i seguenti obiettivi: 1. garantire l'accesso ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari per tutti i cittadini; 2. semplificare l'accesso ai servizi sociali e/o sanitari; 3. gestire casi che necessitano integrazione tra ambito sociale e sanitario.

²⁶ Salmieri, *Servizi sociali e misure di contrasto alla povertà*.

²⁷ Gruppo di lavoro regionale per il PDTA demenze, *Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per Le Persone Con Demenza Nella Regione Lazio*.

²⁸ ISTAT, *BES 2023*.

²⁹ De Roberto et al., *Salute e Servizi Nel Lazio. Il Punto Di Vista Dei Cittadini*.

2.2 L'oggetto della valutazione: i PUA

I Punti Unici di Accesso (PUA) costituiscono uno dei principali strumenti organizzativi attraverso cui il sistema territoriale dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari persegue l'obiettivo dell'integrazione della presa in carico e della semplificazione dell'accesso ai servizi da parte della cittadinanza. Essi operano come dispositivi unitari di accoglienza, orientamento, valutazione e attivazione dei percorsi assistenziali, con particolare riferimento alle situazioni caratterizzate da bisogni complessi e multidimensionali. In tale prospettiva, i PUA assumono una funzione strategica nell'ambito del welfare territoriale, in quanto finalizzati a favorire la continuità assistenziale, il coordinamento tra servizi e la costruzione di percorsi integrati di presa in carico, superando la frammentazione amministrativa e organizzativa tradizionalmente presente nei sistemi di assistenza sociale e sanitaria.

La configurazione attuale dei PUA è il risultato di un articolato percorso evolutivo, sviluppatosi progressivamente attraverso interventi normativi, riforme organizzative e strumenti di programmazione nazionale orientati al rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria e dell'assistenza territoriale. La comprensione delle funzioni e dell'assetto organizzativo oggi attribuiti ai PUA richiede pertanto una ricostruzione del quadro storico e normativo che ne ha accompagnato la nascita e la progressiva definizione istituzionale, evidenziando come il modello si sia progressivamente trasformato da semplice punto di accesso amministrativo a infrastruttura organizzativa della presa in carico integrata.

2.2.1 Il percorso legislativo verso i PUA

L'evoluzione dei Punti Unici di Accesso (PUA) si inserisce nel più ampio processo di trasformazione del welfare territoriale italiano avviatosi tra la fine degli anni Novanta e i primi anni Duemila, caratterizzato dalla progressiva affermazione dei principi di integrazione sociosanitaria, prossimità dei servizi e presa in carico multidimensionale della persona. La nascita dei PUA è infatti strettamente connessa all'esigenza di superare la frammentazione amministrativa e organizzativa dei sistemi di accesso alle prestazioni sociali, sanitarie e sociosanitarie, ritenuta nel tempo una delle principali criticità nell'erogazione dei servizi territoriali, soprattutto nei confronti delle persone anziane non autosufficienti, delle persone con disabilità e dei nuclei familiari caratterizzati da bisogni complessi.

Sotto il profilo culturale e amministrativo, il modello dei PUA prende forma nell'ambito delle politiche di semplificazione amministrativa sviluppatesi negli anni Novanta, quando la riduzione dei passaggi burocratici e la costruzione di percorsi unitari di accesso ai servizi diventano obiettivi centrali dell'azione pubblica. Come osservato da Pesaresi (2022), l'idea originaria del Punto Unico di Accesso nasce proprio dalla necessità di "semplificare il rapporto fra cittadini e pubblica amministrazione riducendo gli adempimenti e i passaggi amministrativi" e promuovendo una maggiore tempestività dell'azione pubblica³⁰

In questo quadro si colloca il primo fondamentale riferimento normativo nazionale in materia di integrazione sociosanitaria, rappresentato dalla legge 8 novembre 2000, n. 328, recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"³¹. La legge, pur non menzionando espressamente i PUA, introduce agli articoli 6, 7 e 8 il principio del coordinamento strutturale tra Comuni e Aziende Sanitarie Locali nella programmazione e gestione degli interventi rivolti ai bisogni complessi, ponendo le basi giuridiche per la successiva costruzione di modelli organizzativi integrati di accesso e presa in carico.

Un passaggio decisivo avviene con il decreto del Ministro della salute 10 luglio 2007, recante "Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale - Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle Regioni e alle

³⁰ Franco Pesaresi, "Il nuovo Punto Unico di Accesso (PUA)", 2022 Articolo pubblicato su I luoghi della cura online n. 4/2022, www.luoghicura.it.

³¹ Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Province autonome di Trento e Bolzano”, emanato nell’ambito della sperimentazione delle Case della Salute³². In tale contesto compare uno dei primi riferimenti espliciti allo Sportello Unico di Accesso, concepito quale dispositivo organizzativo funzionale all’integrazione sociosanitaria. Il decreto definisce infatti la Casa della Salute come una struttura polivalente capace di erogare in uno stesso spazio fisico prestazioni sanitarie e socioassistenziali, favorendo l’unitarietà dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie³³. Nello stesso anno, il decreto del Ministro della solidarietà sociale 12 ottobre 2007, relativo al riparto del Fondo per le non autosufficienze, invita le Regioni a utilizzare le risorse anche per la “previsione o rafforzamento di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza”³⁴. Tale disposizione segna un passaggio particolarmente significativo poiché collega in modo esplicito il modello dei PUA alla gestione della non autosufficienza e alle politiche di assistenza territoriale integrate

La centralità della presa in carico integrata viene ulteriormente consolidata con l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 25 marzo 2009 sul “Nuovo sistema di governance per le cure domiciliari”, che collega esplicitamente il rafforzamento dell’assistenza domiciliare integrata (ADI) alla costituzione dei Punti Unici di Accesso e delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).³⁵ attribuendo ai PUA il ruolo di “porta di ingresso” unitaria per la presa in carico delle persone non autosufficienti. Proprio in questa fase si sviluppa una significativa differenziazione dei modelli regionali. L’assenza di una disciplina nazionale dettagliata favorisce infatti la nascita di configurazioni organizzative molto eterogenee tra loro, sia nella denominazione sia nelle funzioni attribuite ai PUA. Ad esempio, le Regioni ricorrono a definizioni diverse quali “Punto unico di accesso”, “Porta unica di accesso”, “Sportello integrato sociosanitario”, “Sportello unico sociosanitario” — spesso riferite a modelli organizzativi non coincidenti.³⁶

Il Piano di Azione e Coesione (PAC) 2007-2013 – Fase II rafforza ulteriormente il ruolo dei PUA subordinando l’accesso a specifiche linee di finanziamento all’“istituzione o consolidamento dei Punti Unici di Accesso”, alla realizzazione della valutazione multidimensionale e alla predisposizione di piani individualizzati di intervento elaborati congiuntamente da ASL e Comuni a livello distrettuale³⁷.

Nel corso del decennio successivo, la normativa nazionale continua a promuovere l’implementazione dei PUA attraverso i riparti annuali del Fondo nazionale per le non autosufficienze. I diversi decreti ministeriali succedutisi tra il 2013 e il 2016 prevedono infatti la realizzazione o il consolidamento di punti unici di accesso localizzati negli ambiti territoriali, gestiti congiuntamente da Aziende sanitarie e Comuni, con l’obiettivo di “agevolare e semplificare l’informazione e l’accesso ai servizi socio-sanitari”. Il modello viene progressivamente consolidato nei provvedimenti di riparto del Fondo per le non autosufficienze, nei Piani nazionali degli interventi sociali e nella normativa relativa ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e ai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS)³⁸. Un passaggio di particolare rilievo è costituito dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”, il cui articolo 21 prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisca “l’accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico e la valutazione multidimensionale del bisogno sotto il profilo clinico, funzionale e sociale”³⁹. Tale disposizione rafforza il principio della valutazione multidimensionale integrata e riconosce il Progetto di Assistenza Individuale (PAI) quale strumento centrale della presa in carico territoriale.

³² Decreto del Ministro della salute 10 luglio 2007.

³³ Franco Pesaresi, *Le Case della Comunità: come saranno, 2022*, Articolo pubblicato su I luoghi della cura online n. 3/2022, www.luoghicura.it.

³⁴ Decreto del Ministro della solidarietà sociale 12 ottobre 2007

³⁵ Accordo Stato-Regioni Del 25 Marzo 2009.

http://archivio.statoregioni.it/Documenti/DOC_021445_57%20csr.pdf

³⁶ Franco Pesaresi, “Le funzioni dei Punti Unici di Accesso”, *Welfare Oggi*, 1/2013.

³⁷ Dipartimento per le politiche di coesione, PAC 2007-2013 – Fase II.

³⁸ D.M. MLPS 20 marzo 2013; D.M. MLPS 7 maggio 2014; D.M. MLPS 14 maggio 2015; D.M. MLPS 26 settembre 2016.

³⁹ D.P.C.M. 12 gennaio 2017, art. 21.

In parallelo, il decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, recante "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà", richiama l'esigenza di definire i LEPS e individua la valutazione multidimensionale e il progetto personalizzato quali componenti essenziali delle prestazioni sociali territoriali⁴⁰.

Il definitivo rilancio dei PUA avviene tuttavia con la legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Legge di bilancio 2022), che ridefinisce profondamente il modello organizzativo dei PUA, ampliandone funzioni e competenze⁴¹. La legge attribuisce infatti ai PUA l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari per le persone non autosufficienti, la funzione di valutazione multidimensionale, il raccordo operativo con le UVM e la definizione del Progetto di Assistenza Individuale integrato (PAI). La novità più rilevante consiste nell'integrazione strutturale delle UVM all'interno dei PUA. In precedenza, infatti, le UVM costituivano organismi autonomi rispetto ai punti di accesso; con la L. n. 234/2021 esse vengono invece direttamente incardinate nel sistema organizzativo dei PUA. Secondo gli osservatori (Pesaresi, 2022), tale innovazione riduce un ulteriore passaggio amministrativo per il cittadino, ma comporta anche la perdita della precedente autonomia organizzativa delle unità valutative.

In questo quadro trova spazio attuativo il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 che rappresenta uno dei documenti più significativi ai fini della definizione organizzativa dei PUA. Il Piano descrive il PUA non come mero luogo fisico, ma come "modello organizzativo finalizzato al benessere dell'individuo" e come dispositivo di integrazione stabile tra servizi sociali, sanitari e comunità territoriale⁴². In tale prospettiva, il PUA assume funzioni ulteriormente articolate che comprendono informazione e orientamento ai cittadini, accoglienza e ascolto, raccolta e gestione della domanda, prima valutazione del bisogno, attivazione delle reti territoriali, supporto alla definizione dei progetti personalizzati e monitoraggio delle situazioni di fragilità sociale e sociosanitaria. Particolarmente rilevante è inoltre la definizione multilivello dell'assetto organizzativo del PUA delineata dal Piano nazionale, che distingue un **front office** dedicato all'accoglienza e al filtro della domanda, un **back office di primo livello** orientato all'attivazione dei servizi e un **back office di secondo livello** dedicato alla valutazione multidisciplinare integrata e alla presa in carico complessa.

L'attuale configurazione dei PUA si consolida definitivamente nel quadro delle riforme previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal **decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77**, recante "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"⁴³. Il decreto introduce il modello delle Case della Comunità quali strutture territoriali di prossimità orientate all'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale.

Le Case della Comunità rappresentano l'evoluzione delle precedenti Case della Salute e si configurano come nodi territoriali finalizzati a garantire accesso unitario, presa in carico integrata, continuità assistenziale e coordinamento tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali⁴⁴. All'interno di tale modello organizzativo, il PUA diviene elemento obbligatorio in tutte le Case della Comunità, sia hub sia spoke, con una diffusione territoriale molto ampia — stimata in circa un PUA ogni 35.000-40.000 abitanti⁴⁵. Le Case della Comunità diventano così il luogo fisico privilegiato dell'accesso integrato territoriale anche se, il Piano nazionale per la non autosufficienza approvato in Conferenza Unificata il 3/8/2022 ha espressamente disposto 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

1.1.1⁴⁰ Decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà".

⁴¹ Legge 30 dicembre 2021, n. 234, art. 1, comma 163.

⁴² Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023.

⁴³ Decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77.

⁴⁴ V. Nota 34.

⁴⁵ Franco Pesaresi, "Il nuovo Punto Unico di Accesso (PUA)", 2022.

di concertazione al fine di garantire in ogni caso la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata”.

Il D.M. n. 77/2022 introduce inoltre una configurazione organizzativa a rete fondata sul coordinamento tra Case della Comunità, assistenza domiciliare, ospedali di comunità, servizi specialistici e **Centrali Operative Territoriali (COT)**⁴⁶. In questo assetto, le COT assumono il ruolo di vettore di coordinamento tra i diversi nodi assistenziali e professionali, con particolare riferimento alla continuità delle cure e al raccordo tra i differenti setting assistenziali. Infine, il **Piano nazionale Cronicità**, previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 17 maggio 2022, dà attuazione al DM 77/2022, specificando i dettagli della “Presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura”: specifica il ruolo di primo ingresso ricoperto dai PUA, le varie modalità d’accesso al PUA (per iniziativa dell’utente o attraverso uno degli altri servizi sanitari o sociali), promuove l’informatizzazione dei flussi di cure domiciliari e la formazione continua degli operatori sanitari e sociosanitari.

Tuttavia, la letteratura più recente evidenzia anche alcune criticità interpretative e organizzative derivanti dall’attuale quadro normativo. In particolare, il D.M. n. 77/2022, pur prevedendo formalmente l’integrazione con i servizi sociali, in diversi passaggi evidenzia la propensione del legislatore a configurare il PUA prevalentemente sul lato “sanitario”, ridimensionando in parte l’impostazione originariamente orientata all’integrazione sociosanitaria e sociale consolidatasi nella normativa precedente. Ad esempio, l’attuale quadro normativo individua la sede dei Punti Unici di Accesso prevalentemente nelle Case della Comunità del Servizio sanitario nazionale, mentre nelle precedenti esperienze regionali il PUA poteva essere collocato indifferentemente presso distretti sanitari, Comuni o Ambiti territoriali sociali. Parallelamente, molte Regioni avevano sviluppato il modello del cosiddetto “PUA funzionale”, basato non tanto su un unico luogo fisico, quanto su una rete integrata di punti di accesso sociali e sanitari territoriali, coordinati attraverso strumenti organizzativi, professionali e telematici. In tale configurazione, ciascun servizio manteneva la propria sede e il proprio personale, operando tuttavia in modo integrato per garantire all’utenza un accesso unitario e coordinato alle prestazioni sociali, sanitarie e sociosanitarie.

Di tale apparente criticità appare consapevole il **Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi sociali 2024-2026**⁴⁷ ove si afferma che il PUA si pone naturalmente quale primo luogo dell’accoglienza sociale e sociosanitaria: porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali e modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comune/ATS e Distretto ASL, istituita per garantire pari opportunità d’accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità. È finalizzato, pertanto, ad avviare percorsi di risposta appropriati ai bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi e favorendo l’accesso integrato ai servizi, in particolare per coloro che richiedono interventi di natura sociale e/o sociosanitaria. Sebbene a livello nazionale lo sviluppo dei PUA sia stato assicurato in modo prioritario nell’ambito dei servizi sociosanitari rivolti alla non autosufficienza e alla disabilità, sempre di più negli ultimi anni i PUA estendono la propria competenza anche all’ambito dei Servizi rivolti all’inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, ivi comprese le famiglie, i bambini e le bambine, i ragazzi e le ragazze anche travalicando gli aspetti di natura strettamente sociosanitaria.

Nonostante tali criticità, nel loro assetto attuale, i PUA si configurano pertanto come infrastrutture organizzative del welfare territoriale orientate a garantire accesso unitario, continuità assistenziale, integrazione multiprofessionale e presa in carico multidimensionale dei bisogni complessi, così come viene ribadito da Regione Lazio nella DGR 1264/2025 che detta le ultime ed aggiornate (in senso cronologico) linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità.

⁴⁶ Marco Noli, Centrale Operativa Territoriale e Punto unico di accesso: quale possibile integrazione?, 2021 Articolo pubblicato su I luoghi della cura online n. 4/2021, www.luoghicura.it.

⁴⁷ Il piano nazionale 2024-2026 è stato adottato con Decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze del 2 aprile 2025.

2.2.2 Il PUA come cerniera tra livelli essenziali di assistenza e prestazioni sociali

Il funzionamento dei Punti Unici di Accesso (PUA) si colloca all'intersezione tra due distinti ma strettamente interdipendenti sistemi di garanzia dei diritti sociali: da un lato i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), riferiti alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie garantite dal Servizio sanitario nazionale; dall'altro i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), concernenti gli interventi e i servizi sociali che devono essere assicurati uniformemente sull'intero territorio nazionale. La particolare complessità organizzativa dei PUA deriva proprio dalla necessità di rendere concretamente interoperabili questi due sistemi prestazionali, storicamente caratterizzati da assetti istituzionali, modelli di finanziamento, sistemi informativi, professionalità e culture amministrative differenti.

La progressiva definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) rappresenta uno degli sviluppi più significativi del sistema italiano di welfare territoriale e costituisce il presupposto fondamentale per la costruzione di un sistema uniforme di tutela sociale sul territorio nazionale. Il tema dei LEPS si inserisce nel più ampio processo di ridefinizione dei rapporti tra Stato e Regioni avviato con la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, che ha modificato il Titolo V della Costituzione introducendo, all'articolo 117, comma 2, lettera m), la competenza esclusiva dello Stato nella determinazione dei "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale". Tale previsione costituzionale ha attribuito ai LEPS una funzione analoga a quella già svolta in ambito sanitario dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), introducendo il principio secondo cui lo Stato è tenuto a garantire un nucleo uniforme di prestazioni sociali essenziali indipendentemente dal territorio di residenza della persona. Tuttavia, mentre il sistema dei LEA sanitari ha trovato una definizione relativamente tempestiva attraverso il D.P.C.M. 29 novembre 2001 e i successivi aggiornamenti culminati nel D.P.C.M. 12 gennaio 2017, la definizione dei LEPS ha seguito un percorso più graduale e frammentato, fortemente condizionato dalla pluralità degli assetti regionali dei servizi sociali e dalla storica eterogeneità territoriale del welfare locale italiano.

Un primo riferimento normativo fondamentale è rappresentato dalla legge 8 novembre 2000, n. 328, recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", che già prima della riforma costituzionale del 2001 aveva introdotto il principio dell'universalità del sistema integrato dei servizi sociali e previsto, all'articolo 22, la definizione di livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire uniformemente sul territorio nazionale. La legge individuava, in particolare, un insieme minimo di interventi e servizi concernenti misure di contrasto alla povertà, sostegno domiciliare, tutela dei minori, integrazione sociosanitaria, servizi residenziali e semiresidenziali e sostegno alle persone con disabilità. Tuttavia, l'attuazione concreta di tali previsioni è rimasta per lungo tempo incompleta, anche a causa della mancata definizione di standard prestazionali uniformi e di adeguati livelli di finanziamento nazionale.

Nel corso degli anni successivi, il tema dei LEPS è rimasto prevalentemente sul piano programmatico e interpretativo, trovando applicazione soprattutto nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria e delle politiche rivolte alla non autosufficienza. In tale contesto assumono particolare rilievo il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, concernente "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie", e il successivo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)", che aggiornano il quadro delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie e introducono alcuni elementi fondamentali per la futura strutturazione dei LEPS.

In particolare, l'articolo 21 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 prevede, al comma 1, l'adozione di specifiche linee di indirizzo tramite Accordo Stato-Regioni finalizzate alla realizzazione di percorsi assistenziali integrati. Lo stesso articolo, al comma 2, affronta espressamente il tema dei Punti Unici di Accesso, disponendo che il Servizio sanitario nazionale garantisca "l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico e la valutazione multidimensionale del bisogno sotto il profilo clinico, funzionale e

sociale". Il successivo comma 3 individua inoltre nel Progetto di Assistenza Individuale (PAI) lo strumento volto a definire i bisogni terapeutici, riabilitativi e assistenziali della persona, nonché il complesso coordinato degli interventi necessari alla presa in carico.

Pur collocandosi formalmente nell'ambito dei LEA sanitari, tali disposizioni introducono alcuni degli elementi cardine del futuro sistema dei LEPS, in particolare attraverso il riconoscimento dell'accesso unitario ai servizi, della valutazione multidimensionale del bisogno e della progettazione individualizzata quali componenti essenziali della presa in carico integrata.

Un passaggio decisivo nella costruzione del sistema dei LEPS si realizza con il decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, recante "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà". Il decreto, adottato nell'ambito dell'introduzione del Reddito di Inclusione (REI), rappresenta il primo tentativo organico di definizione di livelli essenziali delle prestazioni sociali territoriali. In particolare, gli articoli 5 e 6 individuano come LEPS il servizio sociale professionale, il segretariato sociale, la valutazione multidimensionale del bisogno e il progetto personalizzato, attribuendo loro carattere essenziale ai fini dell'uniformità delle prestazioni sociali sul territorio nazionale. Il decreto rafforza inoltre il ruolo delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) quali strumenti fondamentali della presa in carico integrata, consolidando il principio secondo cui la risposta ai bisogni complessi deve fondarsi su una lettura multidimensionale della persona e sulla costruzione di percorsi integrati tra servizi sociali, sanitari e sociosanitari. Tali disposizioni trovano successiva applicazione nell'ambito del Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 e del Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024, che progressivamente consolidano il ruolo dei PUA nell'accesso integrato ai servizi territoriali e nel coordinamento dei percorsi assistenziali.

L'evoluzione del sistema dei LEPS prosegue successivamente attraverso il Piano Sociale Nazionale e i successivi Piani nazionali degli interventi e dei servizi sociali, che consolidano progressivamente il principio secondo cui alcuni servizi territoriali fondamentali devono essere garantiti in modo uniforme sull'intero territorio nazionale. In tale quadro assumono particolare rilievo il rafforzamento del servizio sociale professionale, il potenziamento del segretariato sociale, la supervisione del personale sociale, i servizi per la domiciliarità e gli strumenti di presa in carico integrata.

Un'accelerazione significativa si registra nel periodo successivo alla pandemia da Covid-19, che ha evidenziato con particolare forza le disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sociali e sociosanitari. In tale contesto, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 e il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 attribuiscono ai LEPS una funzione strategica per il rafforzamento dell'infrastruttura territoriale del welfare. Contestualmente, la legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Legge di bilancio 2022) individua ulteriori LEPS nell'ambito della non autosufficienza, introducendo specifici standard relativi ai Punti Unici di Accesso (PUA), alla valutazione multidimensionale e ai Progetti Assistenziali Individualizzati (PAI).

La legge n. 234/2021 stabilisce infatti che il Servizio sanitario nazionale e gli Ambiti Territoriali Sociali garantiscano alle persone non autosufficienti l'accesso unitario ai servizi sociali e sociosanitari attraverso i PUA, individuando in tali dispositivi uno dei livelli essenziali dell'assistenza territoriale integrata. La norma attribuisce inoltre alle équipe integrate operanti presso i PUA il compito di assicurare il funzionamento delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), finalizzate alla definizione del PAI e alla determinazione del carico assistenziale necessario per garantire permanenza, dignità, sicurezza e inclusione sociale della persona nel proprio contesto di vita.

Più recentemente, il decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, recante "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", introduce ulteriori elementi di rafforzamento del sistema integrato di presa in carico,

attribuendo ai PUA una funzione specifica di informazione e orientamento rispetto al diritto della persona con disabilità all'elaborazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

In particolare, l'articolo 15 del decreto dispone che la persona con disabilità debba essere informata, già nell'ambito della valutazione di base, della possibilità di attivare il procedimento finalizzato alla costruzione del progetto di vita quale strumento di capacitazione e di piena partecipazione sociale. Il comma 4 attribuisce espressamente tale obbligo informativo anche ai Punti Unici di Accesso e ai servizi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali che entrano in contatto con la persona con disabilità, prevedendo che essi assicurino adeguata informazione in ordine ai diritti, agli strumenti di presa in carico e alle modalità di attivazione del progetto di vita. La disposizione estende inoltre tale obbligo ai servizi che operano nell'ambito delle dimissioni protette e ai servizi sanitari specialistici, demandando alla programmazione regionale e locale la definizione delle modalità operative di attuazione.

Il D.Lgs. n. 62/2024 contribuisce pertanto a rafforzare ulteriormente il ruolo dei PUA quali presidi territoriali di accesso unitario, orientamento e accompagnamento personalizzato, consolidando la centralità della valutazione multidimensionale e della progettazione individualizzata nell'ambito dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e sociosanitarie.

I PUA rappresentano il punto in cui tali dimensioni convergono operativamente. Essi non si limitano infatti a svolgere una funzione di accesso amministrativo ai servizi, ma costituiscono il dispositivo organizzativo attraverso cui vengono integrate prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali riconducibili a differenti livelli essenziali di tutela. In questa prospettiva, il PUA opera come infrastruttura di coordinamento tra diritti formalmente distinti ma sostanzialmente inseparabili nell'esperienza concreta delle persone caratterizzate da bisogni complessi.

La necessità di integrare LEA e LEPS emerge con particolare evidenza nei percorsi rivolti alle persone non autosufficienti, alle persone con disabilità, agli anziani fragili e ai nuclei caratterizzati da vulnerabilità multidimensionale. In tali contesti, il bisogno espresso dalla persona raramente può essere ricondotto a una singola prestazione sanitaria o sociale, ma richiede piuttosto una combinazione coordinata di interventi clinici, assistenziali, riabilitativi, educativi, domiciliari, relazionali e di inclusione sociale. La costruzione di tali percorsi implica necessariamente il coinvolgimento congiunto di soggetti istituzionali differenti — Aziende sanitarie locali, Ambiti Territoriali Sociali, Comuni, servizi specialistici, Terzo Settore — ciascuno portatore di proprie competenze, procedure amministrative, sistemi di finanziamento e responsabilità organizzative.

La complessità dell'integrazione sociosanitaria che sostiene il funzionamento dei PUA risiede dunque non soltanto nella pluralità dei bisogni intercettati, ma anche nella necessità di raccordare sistemi istituzionali storicamente distinti. Da un lato, il sistema sanitario opera prevalentemente secondo logiche universalistiche fondate sui LEA e finanziate tramite il Fondo sanitario nazionale; dall'altro, il sistema sociale presenta assetti territoriali maggiormente differenziati, modalità organizzative eterogenee e una progressiva ma ancora incompleta definizione dei LEPS. I PUA si trovano pertanto a svolgere una funzione di "cerniera" tra questi due ambiti, garantendo continuità assistenziale, unitarietà della presa in carico e semplificazione dei percorsi di accesso.

In tale quadro, assumono centralità strumenti organizzativi e metodologici quali la valutazione multidimensionale del bisogno, il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), il progetto di vita personalizzato e partecipato introdotto dal D.Lgs. n. 62/2024, le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM/UVMD), la cartella sociosanitaria informatizzata e i sistemi informativi integrati. Tali strumenti rappresentano i principali dispositivi attraverso cui il sistema tenta di tradurre in pratica il principio dell'integrazione sociosanitaria, superando la frammentazione tra prestazioni, servizi e livelli istituzionali. Il PUA assume pertanto una funzione strategica non soltanto sotto il profilo organizzativo, ma anche sotto il profilo dell'effettività dei diritti sociali e sociosanitari. La sua capacità di funzionare in modo integrato costituisce infatti uno degli elementi centrali per garantire l'attuazione concreta dei LEA e dei LEPS nei confronti delle persone caratterizzate da bisogni complessi. In questo

senso, il PUA rappresenta uno dei luoghi in cui si dovrebbe misurare più chiaramente il grado di maturazione del sistema di integrazione sociosanitaria territoriale e la capacità delle politiche pubbliche di tradurre i diritti formalmente riconosciuti in percorsi effettivamente accessibili, coordinati e personalizzati.

2.2.3 I PUA nella Regione Lazio

L'attuale assetto regionale dei Punti Unici di Accesso (PUA) rappresenta il risultato di un progressivo processo di recepimento e adattamento delle disposizioni nazionali in materia di integrazione sociosanitaria e assistenza territoriale, sviluppato nell'ambito delle competenze attribuite alle Regioni dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, che ha ridefinito il riparto delle funzioni legislative e amministrative tra Stato e Regioni in materia sanitaria e sociosanitaria. In tale contesto, la Regione Lazio ha progressivamente costruito un proprio modello organizzativo dei PUA, caratterizzato da una forte integrazione tra componente sociale e sanitaria, da una marcata prossimità territoriale e da un approccio orientato alla presa in carico multidimensionale della persona.

Il primo intervento regionale organico in materia risale al **decreto del Presidente della Regione Lazio 5 settembre 2008, n. U0018**, con il quale è stata prevista la progressiva istituzione di un Punto Unico di Accesso presso ciascun distretto sociosanitario regionale. Già in questa prima configurazione il PUA veniva concepito non come semplice sportello amministrativo, ma quale esplicita funzione del Distretto in grado di fornire informazioni e orientamento al cittadino, risolvere problemi semplici e rinviare i casi a maggior complessità verso le sedi adeguate (funzione filtro – triage); attivazione di un'unità funzionale di pre-valutazione integrata, che potrebbe essere svolta anche a livello del Punto unico di accesso, una volta consolidatosi, con utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati e semplificati. Nel decreto il PUA non è considerato necessariamente un luogo fisico, ma una modalità di approccio ai problemi dell'utenza e di interfaccia con la rete dei servizi. Deve quindi diventare una modalità di lavoro propria degli operatori sanitari e sociali piuttosto che una specializzazione di alcuni addetti implementata attraverso due distinti canali: il primo riservato ai cittadini, con una funzione prevalente di orientamento e accompagnamento (funzione diffusa nei servizi distrettuali e sociosanitari). Il secondo canale destinato a relazionarsi con la rete dei servizi e a garantire la presa in carico, per i differenti livelli di intensità assistenziale, mediante valutazione multidimensionale.

La disciplina regionale è stata successivamente definita in maniera più strutturata con la deliberazione della **Giunta regionale 8 luglio 2011, n. 315, recante "Il Punto Unico di Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio – Linee di indirizzo"**, che ha rappresentato il principale riferimento organizzativo per l'attivazione dei PUA sul territorio regionale. La deliberazione definisce il PUA quale modalità organizzativa di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, finalizzata in particolare alla gestione integrata dei bisogni complessi che richiedono contestualmente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. Secondo il modello delineato dalla D.G.R. n. 315/2011, il PUA costituisce il primo punto di contatto a disposizione del cittadino e svolge funzioni di accoglienza, ascolto, orientamento, gestione della domanda, prelievazione dei bisogni, risoluzione dei casi semplici e attivazione dei percorsi di presa in carico integrata mediante il raccordo con i servizi territoriali e con le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM). In tale prospettiva, il modello regionale supera la logica del mero accesso amministrativo alle prestazioni, configurando il PUA come dispositivo organizzativo stabile di integrazione sociosanitaria.

La Regione Lazio ha inoltre sviluppato un modello organizzativo fortemente orientato alla prossimità territoriale e alla diffusione capillare dei punti di accesso. Pur prevedendo una sede distrettuale principale deputata alle funzioni di back office e di coordinamento della presa in carico, il modello regionale valorizza infatti una rete di punti territoriali decentrati con funzioni di front office, localizzati presso servizi già operativi sul territorio — quali segretariati sociali, consultori familiari, servizi CAD delle ASL e altri servizi sociosanitari territoriali — purché adeguatamente integrati sul piano

organizzativo e informativo. Si tratta di un modello di tipo Hub & Spoke, nel quale l'Hub coincide con il nodo distrettuale centrale deputato alle funzioni di prevalutazione, attivazione dei percorsi assistenziali, monitoraggio e coordinamento, mentre gli Spoke svolgono funzioni di prossimità, accoglienza e orientamento dell'utenza. Tale impostazione recepisce e sviluppa l'idea del cosiddetto "PUA funzionale", basato non necessariamente su un unico luogo fisico, ma su una rete integrata di punti di accesso sociali e sanitari coordinati attraverso strumenti organizzativi, professionali e telematici.

Elemento centrale del modello regionale è inoltre il sistema informativo integrato. La D.G.R. n. 315/2011 prevede infatti il raccordo operativo dei PUA con il Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT) e introduce l'utilizzo della cartella sociosanitaria quale strumento unitario per la registrazione informatizzata dei dati relativi all'utenza, alla domanda espressa, alla prevalutazione, alla presa in carico e agli esiti degli interventi. In tale prospettiva, la cartella sociosanitaria assume anche la funzione di linguaggio operativo condiviso tra professionisti dell'area sociale e sanitaria. Particolare rilievo assume inoltre la cosiddetta "scheda di prevalutazione", prevista quale strumento preliminare di lettura integrata del bisogno. Attraverso tale scheda vengono raccolte informazioni di natura anagrafica, sociale, relazionale, ambientale, clinica e assistenziale, finalizzate a orientare la prima risposta assistenziale e, nei casi complessi, a definire la composizione dell'équipe multidimensionale deputata alla valutazione approfondita del bisogno e alla definizione del percorso di presa in carico.

Il modello delineato dalla D.G.R. n. 315/2011 ha trovato successivo consolidamento normativo con la **legge regionale 10 agosto 2016, n. 11, recante "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio". In particolare, l'articolo 46, comma 2, lettera h)**, prevede il sostegno finanziario dei PUA nell'ambito della programmazione del Piano Sociale Regionale, mentre l'articolo 52 dispone l'istituzione di almeno un PUA in ogni ambito territoriale ottimale, attraverso forme di collaborazione strutturata tra Comuni e Aziende sanitarie locali. La legge regionale definisce inoltre in modo puntuale le funzioni del PUA, individuandole nell'orientamento delle persone e delle famiglie rispetto ai diritti alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie, nell'agevolazione dell'accesso unitario ai servizi, nella segnalazione delle situazioni caratterizzate da bisogni complessi ai fini dell'attivazione della valutazione multidimensionale e nell'avvio della presa in carico attraverso la prevalutazione integrata sociosanitaria. La L.R. n. 11/2016 recepisce inoltre il principio della gestione informatizzata integrata dei percorsi assistenziali, prevedendo espressamente l'utilizzo della cartella sociosanitaria quale strumento operativo del sistema territoriale integrato.

L'attuazione operativa del modello delineato dalla legge regionale è stata ulteriormente sviluppata con il Piano Sociale Regionale approvato con **deliberazione della Giunta regionale 21 febbraio 2017, n. 57**, e successivamente con la **deliberazione della Giunta regionale 20 marzo 2018, n. 149, recante "Linee guida finalizzate alla definizione del percorso di integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio"**, finalizzata a rafforzare l'accesso integrato ai servizi per le persone non autosufficienti e a consolidare il raccordo operativo tra componente sociale e sanitaria.

Un ulteriore consolidamento del modello regionale è intervenuto con la deliberazione della Giunta regionale 20 ottobre 2023, n. 658, recante "DPCM 3 ottobre 2022. Approvazione del Piano regionale per la non autosufficienza relativo al triennio 2022-2024", che ha ribadito il ruolo strategico del PUA quale strumento fondamentale per l'integrazione sociosanitaria e per l'accesso unitario ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, con particolare riferimento alle persone caratterizzate da bisogni complessi e condizioni di non autosufficienza. La deliberazione definisce il PUA come luogo dell'accoglienza e della prima valutazione del bisogno, deputato a svolgere funzioni di ascolto, raccolta delle segnalazioni, orientamento e attivazione della rete integrata dei servizi territoriali.

La D.G.R. n. 658/2023 rafforza inoltre il modello organizzativo regionale introducendo specifici requisiti minimi di funzionamento dei PUA, tra cui l'apertura per almeno trenta ore settimanali, la presenza di una cartellonistica informativa idonea a garantirne la riconoscibilità e l'accessibilità e la compresenza

stabile di personale sanitario e sociale durante gli orari di attività. La deliberazione sottolinea altresì la necessità di garantire una dotazione minima stabile di personale adeguatamente formato, individuando quali figure essenziali l'assistente sociale, l'infermiere, il medico di distretto e il personale amministrativo, con possibilità di integrazione mediante ulteriori professionalità in relazione ai bisogni prevalenti dell'utenza.

Il Piano regionale per la non autosufficienza 2022-2024 evidenzia inoltre come le attività di monitoraggio avviate dalla Regione Lazio a partire dal 2021 abbiano fatto emergere un quadro territoriale ancora disomogeneo nell'attuazione del modello PUA, evidenziando persistenti difficoltà nell'integrazione operativa tra servizi sociali e sanitari in alcuni contesti territoriali. In tale prospettiva, il piano individua nelle Case della Comunità il nuovo nodo strategico per il rafforzamento dell'assistenza territoriale integrata, prevedendo il progressivo superamento del precedente modello organizzativo fondato sulle Case della Salute e il collocamento dei PUA all'interno delle nuove articolazioni territoriali previste dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 e dalla legge 30 dicembre 2021, n. 234. Rimarchevole è il fatto che il piano riserva 8,4 mln di Euro per l'assunzione a tempo indeterminato di assistenti sociali per il rafforzamento delle leve organizzative e professionali dei PUA.

In attuazione del decreto ministeriale n. 77/2022 e delle riforme previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), la Regione Lazio aveva già adottato la **deliberazione della Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643, recante "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio"**, attraverso la quale è stato recepito il nuovo modello nazionale dell'assistenza territoriale, disciplinando l'istituzione delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità. In tale quadro, il sistema dei PUA viene progressivamente ricondotto all'interno delle Case della Comunità, pur mantenendo l'impostazione regionale originariamente orientata alla prossimità territoriale, all'integrazione organizzativa tra servizi e alla gestione multidisciplinare dei bisogni complessi.

La D.G.R. n. 658/2023 introduce inoltre elementi di ulteriore innovazione organizzativa, prevedendo la sperimentazione dei cosiddetti "PUA mobili" nei distretti sociosanitari caratterizzati da particolare dispersione demografica e territoriale. Tale modello, fondato sull'utilizzo coordinato di sistemi informativi integrati e strumenti telematici, è finalizzato a garantire la presenza programmata delle équipe integrate del PUA nei territori maggiormente isolati, rafforzando ulteriormente il principio di prossimità e accessibilità dei servizi sociosanitari territoriali.

Il percorso appena ricostruito evidenzia come il modello laziale dei PUA si sia progressivamente sviluppato lungo una duplice direttrice: da un lato, il consolidamento della funzione di accesso unitario e di integrazione sociosanitaria già delineata dalla disciplina regionale a partire dalla D.G.R. n. 315/2011 e dalla L.R. n. 11/2016; dall'altro, il progressivo riallineamento del sistema regionale al nuovo assetto dell'assistenza territoriale introdotto dal D.M. n. 77/2022, con la centralità delle Case della Comunità e il rafforzamento delle funzioni di prossimità, valutazione multidimensionale e presa in carico integrata. In questa prospettiva, la più recente programmazione regionale non sostituisce integralmente il modello precedente, ma ne rappresenta un'evoluzione organizzativa, orientata a rendere più stabile, riconoscibile e omogenea la rete dei PUA sul territorio regionale, anche attraverso il raccordo con le Centrali Operative Territoriali Distrettuali, le Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali e gli strumenti informativi condivisi.

Da tale evoluzione discende l'attuale configurazione organizzativa dei PUA nella Regione Lazio, che può essere ricostruita nei termini che seguono.

2.3 Modello Organizzativo dei PUA

Come già evidenziato, il modello organizzativo dei Punti Unici di Accesso (PUA) nella Regione Lazio si fonda sul principio dell'integrazione strutturale tra servizi sociali, sanitari e sociosanitari, al fine di garantire una risposta unitaria e appropriata ai bisogni complessi della persona. In tale prospettiva,

il PUA si configura come presidio organizzativo deputato ad assicurare l'accesso universalistico ai servizi territoriali, superando la frammentazione degli interventi e favorendo percorsi integrati di presa in carico.

Il modello recepisce la tradizionale distinzione tra prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, delineata dal **decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502** e successivamente precisata dal **decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, concernente "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie"**. In tale quadro, il PUA rappresenta il punto di raccordo organizzativo tra interventi appartenenti a differenti livelli assistenziali e istituzionali, assicurando la lettura integrata del bisogno e l'attivazione coordinata delle risposte territoriali.

In coerenza con i principi introdotti dal **decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77** e dal **Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026, la deliberazione della Giunta regionale 18 dicembre 2025, n. 1264** recante "Approvazione del documento "Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità""⁴⁸ definisce il PUA quale presidio fondamentale per l'accesso unitario ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali nell'ambito delle Case della Comunità. Il PUA viene qualificato come servizio di accoglienza e supporto amministrativo-organizzativo rivolto alla cittadinanza, finalizzato a garantire informazione, orientamento, prima valutazione del bisogno e accompagnamento ai percorsi assistenziali, con particolare riferimento alle situazioni caratterizzate da fragilità sociale, vulnerabilità e non autosufficienza.

Il modello organizzativo regionale si fonda sulla presenza di équipe integrate multiprofessionali composte da personale del Servizio sanitario regionale e degli Ambiti territoriali sociali, tra cui medici di assistenza primaria, infermieri di famiglia e comunità (IFeC), assistenti sociali, professionisti della riabilitazione e personale amministrativo. Tale configurazione riflette la natura multidimensionale dei bisogni intercettati dal PUA e la necessità di garantire un approccio unitario alla presa in carico.

Le funzioni del PUA risultano articolate su più livelli organizzativi. Il front office, presente in ciascuna Casa della Comunità hub e spoke, costituisce il punto di accesso diretto della cittadinanza alla rete dei servizi territoriali. In questa sede vengono svolte attività di accoglienza, ascolto attivo, orientamento assistito, informazione sulle prestazioni disponibili, supporto amministrativo e raccolta della documentazione necessaria all'attivazione dei servizi. Il front office opera, inoltre, come dispositivo di prossimità territoriale aperto non soltanto alle richieste individuali, ma anche alle segnalazioni provenienti da enti del Terzo Settore, reti comunitarie e soggetti informali del territorio. Particolare attenzione viene riservata all'accessibilità universale del servizio, anche attraverso misure organizzative e tecnologiche idonee a garantire la piena fruibilità da parte delle persone con disabilità.

Accanto alle funzioni di front office, il modello prevede un sistema di back office distrettuale deputato alla gestione dei bisogni complessi e alla presa in carico integrata. Le funzioni di back office di I livello riguardano situazioni complesse riconducibili a specifici ambiti assistenziali che non richiedono necessariamente percorsi integrati, mentre il back office di II livello è orientato alla gestione di bisogni multidimensionali che necessitano dell'attivazione coordinata di servizi sociali, sanitari e sociosanitari.

In tale ambito, il PUA opera in stretto raccordo con la Centrale Operativa Territoriale Distrettuale (COT-D) e con gli Uffici di Piano degli ambiti sociosanitari, promuovendo l'attivazione delle Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVM-D). Le UVM-D costituiscono il principale dispositivo tecnico-professionale per la valutazione integrata dei bisogni clinici, funzionali e sociali della persona

⁴⁸ La DGR n. 1264 del 18/12/2025 è stata adottata nella fase di scrittura del presente rapporto e di elaborazione dei dati e delle informazioni raccolti sul campo nel corso del 2025.

e concorrono alla definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) o del più ampio Progetto di Salute.

La valutazione multidimensionale viene effettuata attraverso équipe multiprofessionali che analizzano le condizioni bio-psico-sociali della persona, individuando il livello di intensità assistenziale necessario a garantire condizioni di dignità, sicurezza, autonomia e inclusione sociale, anche al fine di ridurre il rischio di istituzionalizzazione o di ospedalizzazioni inappropriate. Il PAI definisce pertanto responsabilità, compiti e modalità operative dei soggetti coinvolti nella presa in carico, includendo sia i servizi istituzionali sia il contributo della famiglia, dell'amministratore di sostegno e degli ulteriori soggetti della rete territoriale.

Elemento qualificante dell'attuale modello regionale è inoltre l'integrazione organizzativa e informativa tra i diversi nodi della rete territoriale. In continuità con il modello originariamente delineato dalla D.G.R. n. 315/2011, il sistema dei PUA mantiene una logica organizzativa di tipo Hub & Spoke, nella quale la sede principale distrettuale svolge funzioni di coordinamento e presa in carico complessa, mentre ulteriori punti territoriali garantiscono prossimità, accessibilità e orientamento diffuso ai cittadini. Tale assetto è supportato dall'utilizzo di strumenti informativi integrati, della cartella sociosanitaria informatizzata e di procedure condivise tra componente sociale e sanitaria, finalizzate a garantire continuità assistenziale, monitoraggio degli interventi e uniformità dei percorsi di presa in carico.

Al momento è presente un PUA in ogni distretto sociosanitario (36) più 15 PUA nei distretti di Roma Capitale (uno per ogni municipio). Dei 51 PUA, alcuni sono di recente apertura, come quello del distretto RM 4.3 (Bracciano)⁴⁹. In totale, sono previsti 45 PUA all'interno delle Case della Comunità e 6 esterni alle Case della Comunità⁵⁰.

2.3.1.1 Composizione dell'organico⁵¹

Nel modello attuale, le principali **figure professionali** operanti all'interno dei PUA sono:

Professionisti afferenti alle ASL (sistema sanitario):

- Assistenti sociali ASL;
- Infermieri;
- Medici del distretto;
- Amministrativi ASL.

Professionisti afferenti agli ATS (sistema socioassistenziale):

⁴⁹ Attivato il 22 febbraio 2024.

⁵⁰ Va segnalato che la conversione delle Case della Salute della Regione Lazio in Case della Comunità è tuttora in corso e sono stati avviati diversi progetti di ristrutturazione, ampliamento o costruzione ex novo delle strutture che ospiteranno le Case della Comunità. Pertanto, non tutti i PUA la cui ubicazione è prevista all'interno di una CdC sono effettivamente inseriti al momento della redazione del rapporto.

⁵¹ La composizione dell'organico dei PUA è stata ricostruita sulla base di diverse normative nazionali e regionali. In particolare, la Legge 30 dicembre 2021, n. 234 indica semplicemente la presenza di "équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS". La precedente DGR 315/2011, invece, indica assistenti sociali, amministrativi, infermieri e medici di distretto quali figure professionali essenziali al PUA. Cf. *Il Punto Unico di Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio - Linee di Indirizzo*, 315/2011, Giunta Regionale (2011). https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/delibere/tbl_storico_delibere/Delibera_2011_00315.pdf, allegato 1, §2.3, p.8. Queste indicazioni sono poi riprese dalla *Piano regionale per la non autosufficienza 2022-24*, 658/2023, Giunta Regionale (2023). <https://www.regione.lazio.it/documenti/81678>. Va segnalato che il *Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023* auspica (ma non impone) che le équipe multiprofessionali siano costituite da "medici, infermieri, assistenti sociali, educatori, operatori sociosanitari/istruttori socioassistenziali, amministrativi," prevedendo in certi casi anche mediatori linguistico-culturali. Cf. Ministero del Lavoro. (2021). *Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023*. <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>

- Assistenti sociali Enti Locali;
- Amministrativi Enti Locali.

Le figure professionali qui sopra elencate costituiscono il nucleo minimo stabilito dalla normativa regionale per un corretto funzionamento del PUA, in attuazione di quanto stabilito con le normative richiamate. È opportuno ora dare conto dell'effettivo impegno delle risorse sul campo. Per fare questo, la Direzione regionale Inclusione Sociale ha avviato monitoraggi periodici sull'implementazione dei requisiti di funzionamento del PUA; il più recente monitoraggio è stato attuato nel mese di marzo 2025, attraverso l'analisi delle risorse e degli interventi insistenti sui Piani di Zona a livello regionale. Da tale monitoraggio è stato possibile elaborare la Tabella 5 che presenta le figure professionali operanti attualmente nei PUA dei vari distretti sociali.

Va osservato che i dati raccolti in questo frangente non sono del tutto completi e coerenti. La mappatura è infatti solo parziale ed esclude i dati provenienti dai distretti della Città Metropolitana di Roma (ASL RM1, RM2 e RM3).

Tabella 5. Figure professionali operanti nei PUA della Regione Lazio⁵²

Distretto socio-sanitario	Capofila	Tipologia di Figura Professionale	Tipologia di Contratto Lavorativo	Quota oraria settimanale destinata al PUA	Ente di appartenenza
RM 3.1	Fiumicino	Assistente sociale	Full-time categoria d2	36	Distretto socio-sanitario
		Amministrativo	Full-time categoria D1	36	Distretto Socio-sanitario
		Assistente Sociale	Full-time categoria D2	36	Distretto Socio-sanitario
		Amministrativo	Full-time categoria D1	36	Distretto Socio-sanitario
RM 4.1	Civitavecchia	Assistente sociale	Dipendente terzo settore	36	Distretto socio-sanitario
		Infermiere	Dipendente	30	ASL
		Amministrativo	Dipendente	30	ASL
		Psicologo	Dipendente	30	ASL
		Medico	Dipendente	30	ASL
RM 4.2	Cerveteri	Assistente sociale	Tempo determinato	30	Comune
		Amministrativo	Tempo indeterminato	18	ASL
		Infermiere	Tempo indeterminato	30	ASL
		Medico	Tempo indeterminato	30	ASL
RM 4.3	Bracciano	Assistente sociale	Contratto CCNL cooperative sociali	36	Distretto socio-sanitario

⁵² I dati riportati in tabella sono desunti dalla rilevazione dei Piani di Zona effettuata nel mese di marzo 2025 e sono stati riportati quanto più fedelmente possibile. Eventuali lacune dipendono dalla mancanza di dati forniti.

Distretto socio-sanitario	Capofila	Tipologia di Figura Professionale	Tipologia di Contratto Lavorativo	Quota oraria settimanale destinata al PUA	Ente di appartenenza
		Assistente sociale	Contratto CCNL Cooperative Sociali	36	Distretto Socio-sanitario
		Infermiere	Sanitario	36	ASL
		Infermiere	Sanitario	36	ASL
		Medico	Sanitario	8	ASL
		Amministrativo	Sanitario	12	ASL
RM 4.4	Consorzio intercomunale dei servizi e interventi valle del Tevere	Assistente sociale	Tempo indeterminato	36	N/A
		Assistente sociale	Tempo indeterminato	18	N/A
RM 5.2	Guidonia	Medico	Cooperativa sociale	94	Asl
		Infermieri	N/A	N/A	ASL
		Assistenti sociali	N/A	N/A	Comune
RM 5.3	Tivoli	N.1 dirigente medico	Contratto asl	4	Asl
		N.1 Dirigente Medico	Contratto ASL	4	ASL
		N.1 Dirigente Medico	Contratto ASL	4	ASL
		N.1 Medico Neurologo	Contratto ASL	4	ASL
		N. 1 Medico Responsabile CAD	Contratto ASL	4	ASL
		N. 1 Assistente Sociale ASL	Contratto ASL	4	ASL
		Medici (Medicina dei Servizi – Accoglienza giornaliera PUA)	Contratto ASL	28	ASL
		N. 1 Assistente Sociale	Procedura ad evidenza pubblica	21	Distretto Socio-sanitario
		N. 1 Psicologo	Procedura ad evidenza pubblica	9	Distretto Socio-sanitario
RM 5.4	Subiaco	Assistente sociale asl Roma 5	Indeterminato	6	ASL
		Assistente sociale distretto RM5.4	Indeterminato	24	Distretto Socio-sanitario
		Medico distretto sanitario	Indeterminato	8	ASL
		Infermiere	Indeterminato	12	ASL

Distretto socio-sanitario	Capofila	Tipologia di Figura Professionale	Tipologia di Contratto Lavorativo	Quota oraria settimanale destinata al PUA	Ente di appartenenza
RM 5.5	San Vito romano	Assistente sociale	Tempo indeterminato	34	Distretto socio-sanitario
RM 5.6	Colleferro	Psicologa	Tempo indeterminato CCNL cooperative sociali	12	Distretto socio-sanitario
		Assistente Sociale	Tempo indeterminato CCNL Cooperative Sociali	12	Distretto Socio-sanitario
		Mediatore culturale	Tempo indeterminato CCNL Cooperative Sociali	18	Distretto Socio-sanitario
		Mediatore culturale	Tempo indeterminato CCNL Cooperative Sociali	28	Distretto Socio-sanitario
		Mediatore culturale	Tempo indeterminato CCNL Cooperative Sociali	10	Distretto Socio-sanitario
RM 6.1	Grottaferrata	Assistente sociale	Ccnl coop. Soc. Tempo indeterminato	24.5	Distretto Socio-sanitario
		Assistente sociale	Ccnl coop. Soc. Tempo indeterminato	12	Distretto Socio-sanitario
		Assistente sociale	Ccnl coop. Soc. Tempo indeterminato	15	Distretto Socio-sanitario
		Assistente sociale	Ccnl coop. Soc. Tempo indeterminato	15	Distretto Socio-sanitario
		Assistente sociale	Apprendistato	20	Distretto Socio-sanitario
		Tecnico amministrativo	Ccnl coop. Soc. Tempo indeterminato	17	Distretto Socio-sanitario
RM 6.2	Albano Laziale	Assistente sociale	Ccnl cooperative sociali	38	Distretto Socio-sanitario
		Assistente sociale	Comparto sanitario ASL	6	ASL
		Istruttore amministrativo	CCNL Cooperative Sociali	20	Distretto Socio-sanitario
		Istruttore amministrativo	CCNL Cooperative Sociali	20	Distretto Socio-sanitario
		Infermiere	Comparto sanitario ASL	24	ASL

Distretto socio-sanitario	Capofila	Tipologia di Figura Professionale	Tipologia di Contratto Lavorativo	Quota oraria settimanale destinata al PUA	Ente di appartenenza
RM 6.3	Marino	Assistente sociale	Tempo indeterminato	36	Distretto socio-sanitario
		Infermiera	Tempo indeterminato	36	ASL
		Assistente sociale	Tempo indeterminato	36	Distretto Socio-sanitario
RM 6.4	Pomezia	Assistente sociale asl	Indeterminato	36	Asl
		Assistente sociale consorzio	Determinato con rinnovo	36	Distretto Socio-sanitario
		Infermiere	Indeterminato	36	ASL
		Infermiera	Indeterminato	36	ASL
		Assistente sociale cooperativa	Determinato	30	Distretto Socio-sanitario
		Assistente sociale cooperativa	Determinato	30	Distretto Socio-sanitario
		Assistente sociale cooperativa	Determinato	5	Distretto Socio-sanitario
RM 6.5	Velletri	Assistente sociale	Indeterminato	36	Comune
		Infermiere	Indeterminato	12	ASL
		Infermiere	Indeterminato	12	ASL
		Infermiere	Indeterminato	12	ASL
RM 6.6	Anzio	Assistente sociale	Ccnl cooperative sociali d2	36	Distretto socio-sanitario
		Assistente Sociale	CCNL Cooperative Sociali D2	36	Distretto Socio-sanitario
		Assistente Sociale	CCNL Cooperative Sociali D2	36	Distretto Socio-sanitario
FR A	Alatri	Assistente sociale	Dipendente terzo settore	2	Distretto socio-sanitario
		Assistente Sociale	Dipendente Terzo Settore	2	Distretto Socio-sanitario
		Assistente Sociale	Dipendente Terzo Settore	2	Distretto Socio-sanitario
FR B	Frosinone	Assistente sociale	Tempo indeterminato	20	Asl
		Assistente sociale	Cooperativa tempo indeterminato	12	Distretto Socio-sanitario
		Infermiere	Tempo indeterminato	27	ASL

Distretto socio-sanitario	Capofila	Tipologia di Figura Professionale	Tipologia di Contratto Lavorativo	Quota oraria settimanale destinata al PUA	Ente di appartenenza
		Assistente sociale	Cooperativa tempo indeterminato	4	Distretto Socio-sanitario
		Assistente sociale	Cooperativa tempo indeterminato	4	Distretto Socio-sanitario
		Assistente sociale	Cooperativa tempo indeterminato	4	Distretto Socio-sanitario
		Assistente sociale	Tempo indeterminato	20	ASL
		Infermiere	Tempo indeterminato	27	ASL
		Infermiere	Tempo indeterminato	26	ASL
		Infermiere	Tempo indeterminato	26	ASL
		Infermiere	Tempo indeterminato	26	ASL
		Infermiere	Tempo indeterminato	20	ASL
		Infermiere	Tempo indeterminato	20	ASL
		Infermiere	Tempo indeterminato	27	ASL
FR C	Aipes	Assistente sociale	Tempo indeterminato	36	Distretto socio-sanitario
		Assistente Sociale	Tempo Indeterminato	36	Distretto Socio-sanitario
FR D	Consorzio dei comuni del cassinatese	Infermiere professionale	Ccnl comparto sanità	36	Asl
		Assistente Sociale	Cdc (Case di Cura – Personale non medico ANPIT-CISAL)	30	Consorzio
		Assistente Sociale	Cdc (Case di Cura – Personale non medico ANPIT-CISAL)	25	Consorzio
		L'ASL non hanno prodotto informazioni su ulteriori figure per privacy	N/A	N/A	N/A
LT 1	Aprilia	Assistente sociale	N/A	36	N/A
		Assistente sociale	N/A	36	N/A

Distretto socio-sanitario	Capofila	Tipologia di Figura Professionale	Tipologia di Contratto Lavorativo	Quota oraria settimanale destinata al PUA	Ente di appartenenza
		Assistente sociale	N/A	36	N/A
		Assistente sociale	N/A	36	N/A
LT 2	Latina	Assistenti sociali	Dipendenti operatore affidatario	36	Distretto socio-sanitario
		Operatore informativo	Dipendenti operatore affidatario	30	Distretto Socio-sanitario
		Amministrativo	Dipendenti operatore affidatario	36	Distretto Socio-sanitario
		Responsabile PUA sociale - assistente sociale	Dipendenti amministrazione comunale capofila	18	Comune
		Responsabile PUA sanitario - medico	Dipendenti asl	15	ASL
		Infermiere	Dipendenti asl	30	ASL
		Assistenti sociali	Dipendenti asl	15	ASL
		Amministrativo	Dipendenti asl	10	ASL
LT 3	Priverno	Affidamento all'esterno - CCNL cooperative sociali	N/A	36	Comune
		Affidamento all'esterno - CCNL Cooperative sociali	N/A	4	Comune
		Affidamento all'esterno - CCNL Cooperative sociali	N/A	8	Comune
		Dipendente	N/A	24	ASL
		Dipendente	N/A	36	ASL
		Dipendenti	N/A	36	ASL
LT 5	Gaeta	1 assistente sociale	A tempo determinato	36	Distretto socio-sanitario
		1 assistente sociale	A tempo determinato	36	Distretto Socio-sanitario
		1 medico di medicina generale o pediatra di libera scelta	A tempo indeterminato	36	ASL

Distretto socio-sanitario	Capofila	Tipologia di Figura Professionale	Tipologia di Contratto Lavorativo	Quota oraria settimanale destinata al PUA	Ente di appartenenza
		1 responsabile del PUA (medico)	A tempo indeterminato	36	ASL
		1 infermiere	A tempo indeterminato	36	ASL
RI 1	Consorzio sociale ri1	Assistente sociale - consorzio	Ccnl enti locali	Dati non presenti	Distretto socio-sanitario
		Assistente Sociale	N/A	N/A	ASL
		Medico	N/A	N/A	ASL
		Infermiere	N/A	N/A	ASL
RI 2	Consorzio sociale della bassa sabina	Assistente sociale	CCNL funzioni locali	18	Distretto socio-sanitario
		Assistente sociale	CCNL funzioni locali	18	Distretto Socio-sanitario
		Assistente sociale	CCNL funzioni locali	18	Distretto Socio-sanitario
		Assistente sociale	CCNL funzioni locali	18	Distretto Socio-sanitario
RI 4	Comunità montana salto Cicolano	Assistente sociale	Interinale - affidamento esterno	20	Distretto socio-sanitario
		Amministrativo	Dipendente	12	ASL
		Infermiere	Dipendente	20	ASL
		Assistente sociale	Dipendente	18	ASL
		Medico	Dipendente	6	ASL
RI 5	Comunità montana del velino vi zona	Assistente sociale	In somministrazione	30	Distretto socio-sanitario
VT 1	Montefiascone	Assistente sociale dipendenti	Indeterminato	18	Distretto socio-sanitario
		Operatore informativo dipendenti	Operatore affidatario	30	Distretto socio-sanitario
		Amministrativo dipendenti	Indeterminato	36	Distretto Socio-sanitario
		Responsabile PUA sociale: assistente sociale	Assistente sociale dipendente	36/18	Distretto Socio-sanitario (Comune Capofila)
		Responsabile PUA sanitario	Medico dipendente ASL	15	ASL
		Infermieri dipendenti asl	Dipendenti ASL	30/36	ASL

Distretto socio-sanitario	Capofila	Tipologia di Figura Professionale	Tipologia di Contratto Lavorativo	Quota oraria settimanale destinata al PUA	Ente di appartenenza
		Assistenti sociali dipendenti asl 36 15 asl	Dipendenti ASL	15	ASL
VT 2	Tarquinia	Assistenti sociali	CCNL cooperative sociali	4	Distretto Socio-sanitario
		Assistenti sociali	CCNL cooperative sociali	5	Distretto Socio-sanitario
		Assistenti sociali	CCNL cooperative sociali	11	Distretto Socio-sanitario
		Assistenti sociali	CCNL cooperative sociali	17	Distretto Socio-sanitario
		Assistenti sociali	CCNL cooperative sociali	6	Distretto Socio-sanitario
		Assistenti sociali	CCNL cooperative sociali	2	Distretto Socio-sanitario
VT 3	Viterbo	Assistente sociale 1	Servizio esternalizzato a Cooperativa Sociale	58 ore settimanali	Distretto Socio-sanitario
		Assistente sociale 2	Servizio esternalizzato a Cooperativa Sociale	58 ore settimanali	Distretto Socio-sanitario
VT 4	Vetralla	Assistente sociale	Tempo indeterminato	36	Comune
VT 5	Consorzio T.I.Ne.R.I.	Assistente sociale distrettuale	Tempo indeterminato	24	Distretto Socio-sanitario
		Assistente sociale distrettuale	Tempo indeterminato	15	Distretto Socio-sanitario
		4 assistente sociale ASL a turnazione	Tempo indeterminato	4 ore a turno	ASL
		2 INFERMIERE	Tempo indeterminato	36	ASL
		Medico Distretto	Tempo indeterminato	N/A	ASL

Fonte: Monitoraggio Piani di Zona marzo 2025

Escludendo le ASL RM1, RM2 e RM3 (eccetto RM3.1) e, per i quali i dati sono ancora in fase di elaborazione, è possibile rappresentare l'organico complessivo di personale operante nei PUA nel seguente modo:

- Assistenti sociali: 85
- Infermieri: 29
- Medici del distretto: 21
- Amministrativi: 14
- Psicologi: 3

- Mediatori Culturali: 3
- Dirigenti: 6
- Altri professionisti: 5

Totale: 160

2.3.1.2 Funzioni

All'interno dei PUA, gli operatori svolgono sia funzioni a diretto contatto con l'utenza (**font office**), sia funzioni di natura amministrativa, medica e sociale che non implicano un contatto diretto con l'utenza (**back office**).

Le funzioni di front office e back office sono così ripartite:

- **Front Office:**
 1. Orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse;
 2. Agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari.
- **Back Office:**
 1. Avviare la presa in carico mediante la valutazione Multidimensionale (UVM) e la definizione del Progetto di Assistenza Individuale Integrata (PAI);
 2. Monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria;
 3. Segnalare le situazioni connesse con bisogni sociosanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata.

2.3.2 Diffusione territoriale e distinzione dei ruoli dei professionisti coinvolti

Come specificato in precedenza il modello organizzativo dei PUA della Regione Lazio risponde alla distinzione di due diverse tipologie di Casa della Comunità (CdC): CdC 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. La normativa prevede una CdC ogni 40.000-50.000 abitanti. Le **CdC spoke** sono articolazioni territoriali delle strutture Hub e presentano una dotazione di servizi molto più ridotta, il cui personale consta del solo assistente sociale dei Comuni; contengono il punto di accesso capillarmente presente sul territorio e svolgono principalmente una funzione informativa e di raccordo con la CdC HUB.

Box 1. I ruoli delle diverse professionalità coinvolte

PUA	Personale	Funzioni
Hub	Responsabile medico dei PUA	• coordina gli aspetti organizzativi; • coordina e favorisce l'integrazione tra il PUA Hub di riferimento e i PUA Spoke • assegna il caso complesso all'assistente sociale del PUA Hub di riferimento e a quello del PUA Spoke territorialmente competente; • nomina il case manager (responsabile del caso) per i casi complessi; • segnala il caso ai servizi sociali e/o sanitari territorialmente competenti; • convoca e dirige le riunioni dell'Unità di Valutazione Multidimensionale; • coordina il monitoraggio periodico del caso; • intrattiene contatti finalizzati alla gestione del caso con gli stakeholder, formali e informali; • promuove in sinergia con i referenti dei servizi sociali e sanitari iniziative per la promozione del PUA; • riferisce all'Ufficio di Piano del Distretto Socio-Sanitario LT4 in relazione alle singole competenze e/o criticità.
	Assistenti sociali	• affianca il responsabile medico dei PUA nell'attività di coordinamento e di integrazione tra il PUA Hub di riferimento e i PUA Spoke; • accoglie, informa e orienta la persona attraverso: ○ l'ascolto attivo delle richieste e dei bisogni; ○ una prima lettura del bisogno espresso; ○ l'informazione relativamente ad opportunità, risorse, prestazioni e possibili agevolazioni, nonché sul sistema dei servizi esistenti ed accessibili;

PUA	Personale	Funzioni
		○ l'orientamento nell'utilizzo dell'informazione fornita verso il canale più adatto per ottenere una risposta adeguata da altri servizi; • fornisce risposte tempestive e adeguate ai bisogni semplici; • propone al responsabile medico dei PUA l'eventuale attivazione dell'UVM; • avvia percorsi di monitoraggio dei casi; • promuove una corretta e diffusa informazione sugli interventi e sui servizi sociali, sanitari e sociosanitari al fine di favorire l'accesso e l'uso responsabile delle risorse, a vantaggio di tutte le persone; • partecipa alle riunioni dell'UVM; • effettua colloqui con la persona interessata e/o con la rete formale (istituzioni e terzo settore) ed informale (familiari, amici e vicini di casa) per analizzare, decodificare e valutare il bisogno espresso dalla stessa al fine di fornire la risposta adeguata al bisogno emerso; • intrattiene contatti finalizzati alla gestione del caso con gli stakeholder, formali e informali; • collabora nelle attività di programmazione e di progettazione distrettuale e nella redazione dei Piani Sociali di Zona, partecipando anche ai tavoli tematici; • realizza e aggiorna la mappa dei servizi e delle risorse del territorio; • raccoglie e studia le procedure e la modulistica per l'accesso ai servizi e alle prestazioni della rete formale; • valorizza il terzo settore, le organizzazioni sindacali e le risorse informali presenti sul territorio, al fine di favorire processi di auto-aiuto e di reciprocità; • utilizza il Sistema Informativo dei Servizi Sociali (SISS) del Distretto Socio-Sanitario per la gestione dei casi e dei servizi, nonché per la raccolta sistematica dei dati e delle informazioni; • utilizza i sistemi informatici messi a disposizione dalla ASL.
	Amministrativi	• supporta le diverse attività amministrative del PUA Hub; • predispone atti amministrativi; • collabora con la direzione distrettuale nelle attività amministrative del PUA Hub; • recepisce, registra, protocolla e archivia documenti e atti amministrativi; • partecipa alle riunioni dell'UVM con funzioni di segretario verbalizzante; • recepisce le normative aziendali, regionali e nazionali condividendole con gli operatori del PUA Hub; • verifica, cura e contabilizza i costi relativi alle attività; • garantisce l'applicazione delle norme vigenti e il flusso delle informazioni da e per le UVM; • garantisce la verifica, in stretta collaborazione con gli uffici competenti, della correttezza delle procedure di caricamento della contabilità aziendale e dei processi di liquidazione; • utilizza i sistemi informatici messi a disposizione dalla ASL.
	Infermieri	• accoglie, informa e orienta la persona attraverso: ○ l'ascolto attivo delle richieste e dei bisogni, soprattutto sanitari; ○ l'informazione relativa a risorse, prestazioni e agevolazioni sanitarie; ○ l'orientamento verso servizi e strutture appropriate alla richiesta espressa; • fornisce risposte tempestive e adeguate ai bisogni sanitari semplici; • partecipa alle riunioni dell'UVM; • si occupa della centrale di continuità ospedale-territorio (di seguito CCOT) in qualità di care manager; • invia la scheda di segnalazione di paziente fragile (PRISMA 7) alla CCOT; • accoglie la segnalazione da parte dei reparti ospedalieri e del pronto soccorso; • convalida e aggiorna la segnalazione di paziente fragile e, ove necessario, contatta il medico di medicina generale per segnalare l'accesso al PS del suo assistito e/o per reperire ulteriori informazioni; • partecipa alla rilevazione dei bisogni di salute della persona e della collettività formulando i relativi obiettivi; • provvede al bisogno sanitario di base, definisce nel dettaglio le richieste e le esigenze;

PUA	Personale	Funzioni
		• condivide, con altri professionisti, gli strumenti indispensabili per la valutazione dei bisogni del paziente; • cura la realizzazione, tenuta e archiviazione del fascicolo sanitario cartaceo ed informatico; • condivide i bisogni sanitari e assistenziali del paziente con il referente ospedaliero della dimissione; • coadiuva la famiglia nell'analisi della situazione.
Spoke	Assistente sociale dei Comuni del Distretto Sociosanitario	• accoglie, informa e orienta la persona attraverso: ◦ l'ascolto attivo delle richieste e dei bisogni; ◦ una prima lettura del bisogno espresso; ◦ l'informazione relativamente ad opportunità, risorse, prestazioni e possibili agevolazioni, nonché sul sistema dei servizi esistenti ed accessibili; ◦ l'orientamento nell'utilizzo dell'informazione fornita verso il canale più adatto per ottenere una risposta adeguata da altri servizi; • fornisce risposte tempestive e adeguate ai bisogni sociali semplici; • si raccorda al responsabile medico e all'assistente sociale del PUA Hub; • propone al responsabile medico dei PUA Hub l'eventuale attivazione dell'UVM; • avvia percorsi di monitoraggio dei casi; • promuove una corretta e diffusa informazione sugli interventi e sui servizi sociali, sanitari e sociosanitari al fine di favorire l'accesso e l'uso responsabile delle risorse, a vantaggio di tutte le persone; • partecipa alle riunioni dell'UVM; • effettua colloqui con la persona interessata e/o con la rete formale (istituzioni e terzo settore) ed informale (familiari, amici e vicini di casa) per analizzare, decodificare e valutare il bisogno espresso dalla stessa al fine di fornire la risposta adeguata al bisogno emerso; • intrattiene contatti finalizzati alla gestione del caso con gli stakeholder, formali e informali; • collabora nelle attività di programmazione e di progettazione distrettuale e nella redazione dei Piani Sociali di Zona, partecipando anche ai tavoli tematici; • realizza e aggiorna la mappa dei servizi e delle risorse del territorio; • raccoglie e studia le procedure e la modulistica per l'accesso ai servizi e alle prestazioni della rete formale; • valorizza il terzo settore, le organizzazioni sindacali e le risorse informali presenti sul territorio, al fine di favorire processi di auto-aiuto e di reciprocità; • utilizza il Sistema Informativo dei Servizi Sociali (SISS) del Distretto Socio-Sanitario per la gestione dei casi e dei servizi, nonché per la raccolta sistematica dei dati e delle informazioni; • <u>utilizza i sistemi informatici messi a disposizione dalla ASL.</u>

Fonte: Elaborazione interna sulla base del documento "Procedure Operative PUA Hub Distrettuali e Comunali" ASL LT4⁵³

⁵³ Regione Lazio, "Procedure Operative PUA."

3 I risultati della valutazione

3.1 Efficacia

Per comprendere in che misura i PUA siano efficaci, è necessario osservare se e in che misura gli obiettivi sottesi a questa forma di servizio territoriale a carattere sociosanitario siano stati raggiunti. Gli obiettivi dei PUA sono:

- Garantire l'accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari
- Semplificare la modalità di accesso ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari
- Gestire i casi che presentano una complessità sociale e sanitaria in modo integrato

In questa sezione viene descritto il modo in cui i PUA raggiungono i loro scopi, tenendo in considerazione una serie di aspetti. In primo luogo, ci si concentrerà sull'accesso ai servizi sociosanitari, considerando con quale facilità, in che misura i PUA siano veicolo per l'accesso ai vari servizi e permettano quindi di comprendere e rispondere ai bisogni dell'utenza.

Successivamente si rivolgerà l'attenzione sulla gestione dei casi, considerando il modo in cui il bisogno dell'utenza viene effettivamente identificato, valutato e gestito all'interno dei PUA, dal primo incontro con il front office al monitoraggio dei percorsi assistenziali.

3.1.1 L'accesso ai servizi sociali e sanitari attraverso i PUA

La valutazione dell'accesso ai servizi sociosanitari si articola nei seguenti punti: l'accessibilità e raggiungibilità del servizio dal punto di vista logistico; la consapevolezza da parte dell'utenza circa il servizio offerto; la capacità dei PUA di individuare e rispondere al bisogno dell'utenza.

3.1.1.1 Accessibilità e raggiungibilità del servizio

Come richiamato nella Sez. 2.3.2, ogni Distretto sociosanitario nella Regione Lazio ha almeno un PUA, in modo tale da coprire il territorio in maniera capillare. Osservando la distribuzione territoriale, i PUA della Regione Lazio si trovano in aree fra loro diverse, con caratteristiche urbanistiche e di viabilità diseguali, che non sempre ne garantiscono una facile raggiungibilità. La Tabella 6 offre una classificazione sommaria dell'area urbanistica in cui si trovano i PUA della Regione.⁵⁴

Tabella 6. Ubicazione dei PUA

Ubicazione	Numero PUA
Area urbana ⁵⁵ Roma capitale	11
Area periferica Roma capitale ⁵⁶	5
Area urbana ⁵⁷	6

⁵⁴ Per la classificazione, si è tenuto conto dei criteri adottati in: EUROSTAT, *Methodological Manual on Territorial Typologies*; e in: European Commission. Statistical Office of the European Union., *Applying the Degree of Urbanisation*; per l'area metropolitana di Roma, si è fatto riferimento in particolare all'approfondimento contenuto in: ISTAT, *Forme, Livelli e dinamiche dell'urbanizzazione in Italia*, app. 1.

⁵⁵ I principali criteri urbanistici che definiscono un'area **urbana** sono: (i) uso del suolo prevalentemente residenziale, commerciale e di servizi; (ii) presenza di trasporto pubblico capillare e continuità del tessuto edilizio; (iii) inclusione nel perimetro del "continuo urbano" (aree contigue e senza soluzione di continuità edilizia).

⁵⁶ Fuori dal GRA ma all'interno del Comune di Roma, oppure all'interno del GRA, ma in zona distante dal centro, a bassa densità abitativa e prossima ad aree verdi, campagna o zone boschive. I principali criteri urbanistici che definiscono un'area **periferica** sono: (i) localizzazione nel comune metropolitano o area urbana estesa; (ii) densità intermedia: 500–1.500 ab/km²; (iii) presenza di edilizia a bassa/media intensità (villette, complessi residenziali); (iv) uso misto (residenziale + piccoli poli commerciali) ma con minore offerta di servizi di prossimità rispetto al centro; (v) dipendenza funzionale dal centro urbano per lavoro, istruzione, cultura.

⁵⁷ Entro il tessuto urbano di un capoluogo di provincia o di un comune di oltre 50.000 abitanti.

Ubicazione	Numero PUA
Area Extraurbana ⁵⁸	14
Area Montana ⁵⁹	14
PUA Diffuso ⁶⁰	1
TOT	51

Fonte: Elaborazione degli autori

Si nota che oltre un quarto dei PUA (14) si trovano in zone collinari o montane, e altrettanti in aree extraurbane. Di contro, il territorio di Roma capitale ospita 16 PUA, di cui 11 in area urbana e 5 in area periferica.

Gli operatori del PUA ritengono ottimale la collocazione all'interno della Casa della Comunità, dove possa convivere con il segretariato sociale e gli altri servizi sociosanitari nello stesso stabile. Questa configurazione risulta particolarmente efficace quando il punto di accesso è ben segnalato e facilmente individuabile, così da garantirne una buona visibilità e consentire un'efficace attività di orientamento per l'utenza⁶¹. Tuttavia, tale soluzione non è sempre praticabile. In molti territori, infatti, le Case della Comunità o le Case della Salute non sono ancora presenti oppure risultano ancora in fase di realizzazione. In queste situazioni, il servizio viene generalmente collocato presso il Distretto Sanitario, all'interno di poliambulatori o di "Cittadelle della salute"⁶²; in alcuni casi, trova sede anche in ambito ospedaliero⁶³.

Per quanto concerne gli spazi dedicati al PUA, nella maggior parte dei casi si è optato per una dislocazione delle stanze al **piano terra** della struttura ove è ospitato, tali da rendere il servizio facilmente accessibile e visibile all'utenza, in ottemperanza alle linee guida fornite già nell'ambito del Piano nazionale della Cronicità 2016 (si veda più sopra la sezione 2.2.1) che prevedono "spazi di cura accessibili e confortevoli, nei quali sia promossa la socialità e tutelata la privacy della persona e dei familiari/caregiver."⁶⁴ Vi sono alcuni casi in cui, a causa di ristrutturazioni o ampliamenti degli edifici, il PUA si trova temporaneamente su un piano rialzato dell'edificio, pur sempre garantendo l'assenza di barriere architettoniche.⁶⁵ Gli spazi fisici dedicati al PUA constano per lo più di una stanza, in cui è presente un **front desk** a cui è possibile rivolgersi per chiedere le informazioni ed effettuare il primo accesso, incontrando l'assistente sociale o il personale amministrativo preposto. In alcuni PUA si aggiunge una seconda stanza utilizzata per svolgere il colloquio di preavvalutazione con l'utente in modo da garantirne la privacy.⁶⁶

⁵⁸ Fuori dal tessuto urbano, oppure nell'ambito di un comune non capoluogo e con meno di 50.000 abitanti. I principali criteri urbanistici che definiscono un'area **extraurbana** sono:

- densità di popolazione < 500 ab/km²;
- prevalenza di uso agricolo, spazi aperti, zone industriali sparse;
- tessuto edilizio discontinuo, piccoli centri o frazioni;
- accesso limitato al trasporto pubblico (auto-dipendenza);
- distanza > 15 km dal centro urbano più vicino.

⁵⁹ PUA situato in un comune di un'area collinare o montana, oltre i 150 mslm (ad es. in una vallata o su un colle). I principali criteri urbanistici che definiscono un'area **montana** sono:

- morfologia accidentata, pendenza >20% in gran parte del territorio;
- densità di popolazione generalmente molto bassa (<150 ab/km²);
- infrastrutturazione limitata, accessibilità condizionata da viabilità montana;
- economia basata su turismo, allevamento, selvicoltura, piccola manifattura.

⁶⁰ PUA senza una sede back office dedicata, con front office distribuito tra gli uffici del territorio.

⁶¹ Focus Group 2

⁶² NdA: Alcune ASL, nei propri siti/guide ai servizi, definiscono "Cittadella della Salute" una struttura che, nella classificazione regionale, rientra nel perimetro delle Case della Salute (o comunque di poli territoriali multi-servizio). La locuzione può indicare un'area o sede dove si svolgono presentazioni, visite o attività legate a strutture sanitarie del territorio.

⁶³ Rilevazione effettuata sulle pagine dei PUA delle varie ASL regionali.

⁶⁴ Ministero della Salute, "Piano nazionale cronicità".

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf.

⁶⁵ Come nel caso del PUA oggetto del Focus Group 3.

⁶⁶ Come nel PUA del FG 1 e del FG 3.

I dati raccolti dalla survey online mostrano che l'**ubicazione dei PUA è considerata agevole da oltre metà dei rispondenti (51.2%)**, di cui il 18.7% la ritiene molto comoda. **Lamenta una difficile raggiungibilità meno di un utente su cinque (19.2%)**, e solo il 7.9% giudica l'ubicazione molto scomoda.⁶⁷ Ciò suggerisce che raramente la dislocazione dei PUA costituisce un impedimento alla fruizione del servizio. In alcuni distretti però le sedi dei PUA sono attualmente interessate da lavori di ristrutturazione, che comportano degli spostamenti su sedi decentrate o una dislocazione meno visibile, causando alcune difficoltà agli utenti.⁶⁸

Riguardo agli **orari di apertura**, vi è una discreta variabilità a seconda della ASL e del Distretto che in autonomia decidono, in base alle risorse disponibili, come organizzare i turni di apertura degli sportelli. Per ogni distretto sociosanitario considerato, in base ai dati forniti sulle pagine internet dedicate, si riscontra **una media di 18 ore settimanali di apertura** per ogni PUA principale. Nei distretti in cui vi è un PUA secondario, spesso dislocato presso il segretariato sociale piuttosto che in una struttura sanitaria principale o periferica, la media è di 12h e 40' di apertura settimanali. La Tabella 7 mostra un quadro della media delle ore di apertura dei PUA per ogni ASL della Regione Lazio.

Tabella 7. Media delle ore di apertura dei PUA per ogni ASL

ASL	Ore medie settimanali di apertura per i PUA principali	Ore medie settimanali di apertura per i PUA secondari
RM1	13.5	9.2
RM2	13.4	11.0
RM3	18.5	10.8
RM4	15.3	4.0
RM5	15.8	12.5
RM6	17.6	9.3
FR	21.4	22.9
LT	19.2	24.0
RI	25.0	/
VT	22.7	6.0
Regione Lazio	18.0	12.7

Fonte: elaborazione degli autori sulla base delle pagine web delle ASL

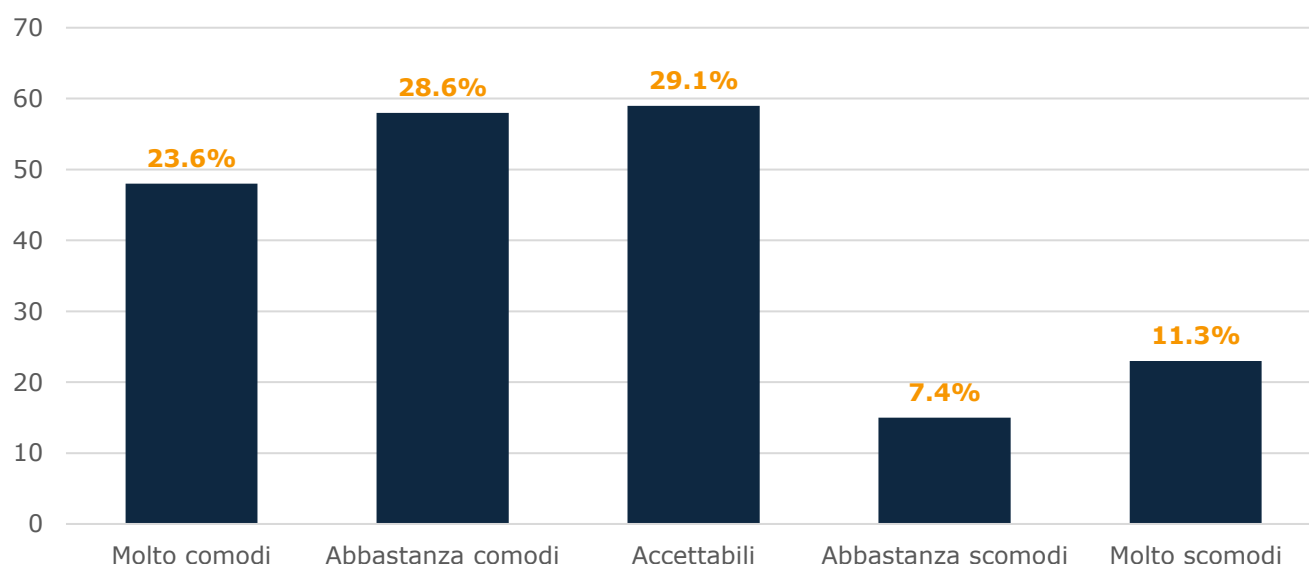
Oltre la metà degli intervistati (52.2) ritiene soddisfacenti gli orari dei PUA, con il 23.6% che li considerano molto comodi (

⁶⁷ Va segnalato che solo 7 rispondenti afferiscono alle ASL di Latina (per un quarto affermano che la posizione è molto scomoda) e Rieti (posizione scomoda per un terzo), e solo 22 alla ASL di Frosinone (scomoda o molto scomoda per il 22.7%).

⁶⁸ Cfr. Intervista con Referente PUA (6) e Focus Group 3.

Figura 5), mentre sono scomodi per meno di un utente su 5 (18.7%). Circa un terzo dei rispondenti (29.1%) li ritiene appena accettabili.

Figura 5. Comodità degli orari di apertura dei PUA



Guardando al totale degli accessi, il **numero di utenti che si rivolge ai PUA è crescente**. Tale incremento è confermato dalla maggioranza dei professionisti che hanno partecipato alla fase delle interviste semi-strutturate. In questa sede, sono stati evidenziati non solo numeri molto elevati⁶⁹ ma anche un aumento della complessità dei casi trattati.⁷⁰ Il quadro trova conferma nei dati provenienti dall'analisi dei Piani di Zona distrettuali che mostrano un **considerevole aumento degli accessi (+30.2% fra il 2019 e il 2020)**⁷¹ che si riflettono nella pianificazione regionale del triennio 2024-26 (+11.0% nel 2025 e +2.5% nel 2026). Il tema è stato approfondito durante i successivi Focus Group le cui risultanze confermano l'aumento degli accessi negli ultimi anni. In particolare uno dei PUA consultati ha segnalato un raddoppiamento degli accessi negli ultimi anni 4 anni.⁷² Dalle abitudini dell'utenza risulta che almeno un terzo (33.5%) si rivolge saltuariamente ai PUA, mentre poco meno di un utente su dieci (8.4%) vi si reca spesso o sempre; ciò avviene più di frequente rispetto alla visita al pronto soccorso, ma decisamente meno rispetto alla visita dal medico di base, che resta il punto di riferimento (saltuario o abituale) per tre quarti dei rispondenti.

⁶⁹ Referente PUA (5).

⁷⁰ Referente PUA (6).

⁷¹ Estrazione dati dal monitoraggio Piani di Zona: febbraio 2021.

⁷² Focus Group 3.

Dalle interviste semi-strutturate emerge un quadro articolato rispetto alla capacità dei PUA di garantire il pieno accesso e l'integrazione tra servizi sociali e sanitari. **I PUA sono percepiti come strumenti efficaci per facilitare l'accesso** ai servizi:⁷³ l'assenza di liste d'attesa, la presenza continuativa sul territorio e l'interazione diretta con i medici di base consentono risposte rapide e personalizzate, riducendo ostacoli burocratici e dispersione dell'utenza. In alcuni casi si conferma che **l'approccio centrato sull'assistito** e la **tempestività degli interventi** rendono il servizio più agile ed efficace⁷⁴; più spesso viene riscontrato positivamente un miglioramento dovuto all'incremento del personale e al ricorso a strumenti informatici interni, pur essendo ancora in fase embrionale il processo di informatizzazione condivisa⁷⁵ a livello regionale.

La maggioranza dei professionisti intervistati ritiene che il PUA raggiunga pienamente tutti e tre gli obiettivi principali dell'intervento (si veda la Sez. 1.3.2.1). Secondo il 66.7% degli intervistati **l'accesso universalistico ai servizi sociosanitari** è perfettamente garantito, per il 64.4% i PUA **semplificano l'accesso** a detti servizi, per il 60.8% vi è una riuscita **integrazione sociosanitaria**. Tuttavia, esistono differenze tra le varie ASL, con giudizi più critici in alcune realtà come nella ASL **Roma 5**, ove il 42.9%, dei rispondenti ritiene che il PUA favorisca tutti e tre gli obiettivi; o nella ASL di Rieti ove, di contro, quasi quattro su cinque rispondenti (79.2%) hanno risposto positivamente circa il completo raggiungimento di tutti e tre gli obiettivi.

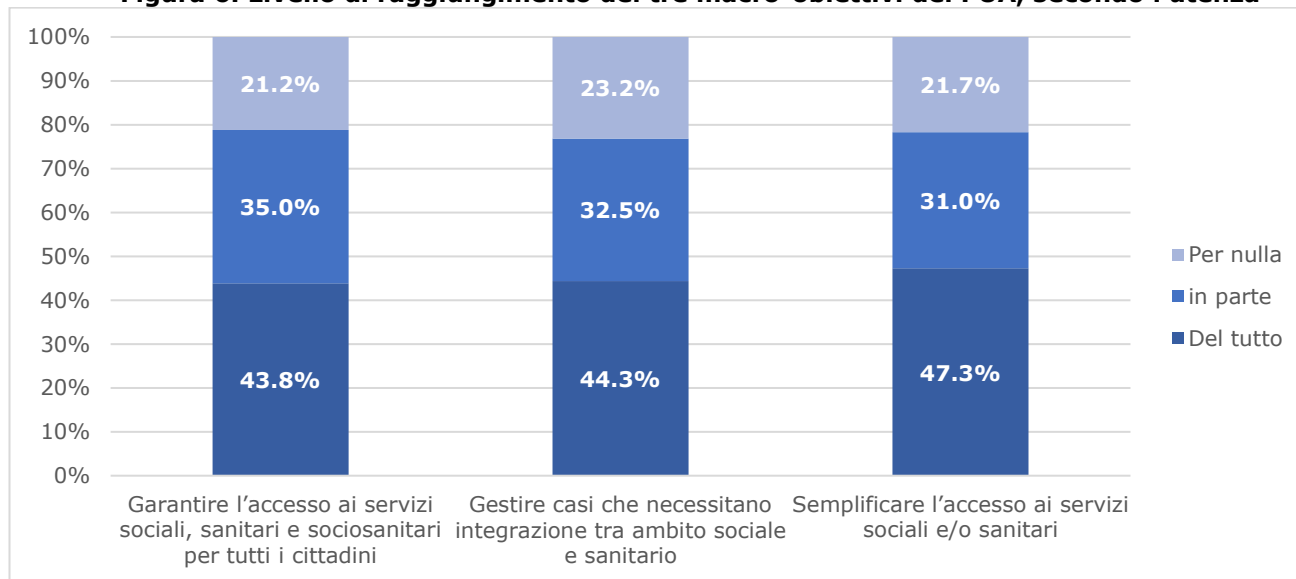
Un giudizio meno nettamente favorevole, ma comunque complessivamente positivo, proviene dall'utenza. Per tutti e tre i macro-obiettivi considerati, infatti, almeno il 70% dei rispondenti ritiene che essi siano stati raggiunti, del tutto o almeno in parte (Figura 6). Più nel dettaglio, il raggiungimento completo degli obiettivi è indicato da una quota rilevante di utenti: **il 43,8% ritiene pienamente garantito l'accesso universalistico, il 44,3% considera pienamente realizzata la gestione integrata dei servizi e il 47,3% valuta del tutto conseguito l'obiettivo di semplificazione dell'accesso**. A tali percentuali si aggiunge una quota pari a circa il 32% dei rispondenti che giudica gli obiettivi raggiunti solo parzialmente. Resta tuttavia significativa la quota di utenti — superiore a un quinto del campione, pari a oltre il 21% — che ritiene che tali obiettivi non siano stati conseguiti.

Nel complesso, dunque, l'utenza restituisce una valutazione tendenzialmente positiva della capacità dei PUA di perseguire i propri obiettivi, pur segnalando la permanenza di alcune criticità rilevanti. In particolare, il dato relativo alla difficoltà di accesso, indicata dal 20,2% dei rispondenti tra gli aspetti critici, suggerisce che proprio l'obiettivo della semplificazione dell'accesso, pur valutato favorevolmente dalla maggioranza, presenta ancora margini di miglioramento.

⁷³ Referenti PUA intervistati (3, 6, 10).

⁷⁴ Referente PUA (5).

⁷⁵ Referente PUA (8).

Figura 6. Livello di raggiungimento dei tre macro-obiettivi dei PUA, secondo l'utenza


3.1.1.2 La conoscenza da parte degli utenti dei servizi offerti

Al fine di garantire un accesso universalistico ai servizi sociosanitari offerti dalla Regione Lazio, è centrale la consapevolezza da parte dell'utenza della gamma di prestazioni fornite. Il sondaggio rivolto all'utenza mostra che vi sono diversi canali di informazione attraverso cui il cittadino viene a conoscenza dei servizi del PUA. Per quasi un quarto dei rispondenti (22.5%) l'informazione giunge da **amici e familiari**, seguito dal **medico di base** (20.2%), dal **sito internet** (19.2%) e da **enti del terzo settore** (14.8%). Meno rilevanti (tutte sotto il 10%) sono ospedali, sedi ASL e assistenti sociali. È significativo che la fascia d'età over-65 faccia maggior affidamento ai medici di famiglia (quasi un terzo dei rispondenti indica questa), mentre le fasce d'età sotto i 50 anni ricevono più spesso informazioni dagli assistenti sociali. In sintesi, per quanto il passaparola sia fondamentale per la circolazione delle informazioni sui PUA, gli altri canali menzionati contribuiscono in parte al generale aumento della consapevolezza dei servizi erogati dal PUA.

Dal canto loro, i referenti e i **responsabili dei PUA hanno realizzato diverse iniziative di outreach** per promuovere le attività dei PUA attivi sul territorio. Oltre ai canali menzionati sopra, alcune ASL hanno prodotto materiali cartacei, come *flyer* e la carta dei servizi ASL,⁷⁶ o hanno realizzato campagne di informazione sia su media tradizionali (e.g. giornali) che social media. Inoltre, è stato realizzato un progetto informativo nei Centri Anziani, per favorire la conoscenza dei servizi erogati dai PUA, mentre con l'iniziativa "ASL in camper" si è portato il PUA direttamente nelle piazze e nei quartieri, superando le barriere logistiche.⁷⁷ Inoltre, sono attive diverse **collaborazioni con Municipi e Comuni** per pubblicizzare e potenziare il servizio, raggiungendo un maggiore bacino d'utenza. In certi casi, i protocolli specifici con i Municipi hanno effettivamente migliorato l'efficienza dei servizi offerti.⁷⁸ A volte la partecipazione attiva di sindaci e assessori per la promozione dei PUA si è dimostrata determinante,⁷⁹ mentre in altri casi sono emerse *partnership* strutturate tra i PUA e varie associazioni di volontariato.⁸⁰ In diversi casi, si è optato per **l'integrazione strutturale del PUA all'interno del**

⁷⁶ La Carta dei Servizi è un documento fondamentale fornito dalle ASL che ha lo scopo di tutelare i diritti dei cittadini e di garantire la qualità dei servizi offerti. Essa contiene informazioni su: l'organizzazione e i servizi disponibili; le procedure di accesso ai servizi e i contatti utili; gli standard di qualità e gli impegni assunti dall'ASL nei confronti degli utenti; gli strumenti di tutela per i cittadini, permettendo un controllo sui servizi erogati.

⁷⁷ Referente PUA (1).

⁷⁸ Referente PUA (2).

⁷⁹ Referente PUA (11).

⁸⁰ Referente PUA (1).

poliambulatorio, accanto al CAD (Centro Assistenza Domiciliare), in modo da facilitare l'accessibilità e la visibilità diretta dei PUA.⁸¹ Inoltre, vi sono casi di **collaborazione tra PUA e centri per l'impiego**, al fine di implementare un percorso sociale integrato che includa anche la sfera professionale.⁸²

Occorre rilevare che le iniziative di *outreach* risultano oggi prevalentemente affidate all'iniziativa dei coordinatori PUA di riferimento, sia di area sanitaria sia di area sociale, operanti presso le ASL e i distretti sociosanitari. Tali attività, pur rappresentando esperienze significative di presidio e promozione territoriale del servizio, non sembrano tuttavia inserirsi in una cornice unitaria di coordinamento regionale.

Ne deriva l'esigenza di rafforzare in modo più sistematico la visibilità territoriale del PUA, promuovendo azioni omogenee e coordinate di informazione, orientamento e avvicinamento ai cittadini, così da rendere il servizio maggiormente riconoscibile e accessibile sull'intero territorio regionale⁸³

Poco meno di un quinto dei rispondenti al questionario rivolto all'utenza ha indicato il sito internet quale principale fonte di informazione sui servizi offerti dai PUA. Tale dato conferma la rilevanza del canale digitale nella fase di orientamento e primo accesso al servizio. Tuttavia, la consultazione delle pagine web dedicate evidenzia una disomogeneità nella qualità, completezza e aggiornamento delle informazioni rese disponibili dalle diverse ASL. L'utenza, infatti, necessita di reperire con facilità le informazioni sul PUA, un servizio introdotto di recente e quindi ancora non del tutto conosciuto, come è invece il caso del medico di base o l'ospedale. La **chiarezza dell'informazione** disponibile dipende da quanto esplicite e facilmente reperibili sono le notizie su orari di apertura, ubicazione, tipo di servizi offerti, costi, percorso di assistenza e integrazione con altri servizi di tipo sociale e sanitario.

Questa **disomogeneità** può incidere negativamente sulla capacità dei cittadini di individuare con chiarezza il punto di accesso più adeguato, soprattutto nei casi in cui la persona risieda in aree poste al confine tra territori afferenti ad Aziende sanitarie differenti e possa, quindi, trovarsi nella necessità di confrontare servizi, sedi e modalità di accesso non sempre presentati in modo omogeneo. In alcuni casi, infatti, le informazioni pubblicate sui siti istituzionali non risultano pienamente aggiornate, corrette o facilmente reperibili, con il rischio di generare incertezza nell'utenza e di indebolire la funzione di orientamento che il canale digitale dovrebbe assicurare.

Diventa prioritario rafforzare il coordinamento e l'omogeneità delle informazioni online relative ai PUA, promuovendo criteri comuni di aggiornamento, accessibilità e chiarezza comunicativa, così da garantire ai cittadini un'informazione istituzionale più affidabile, uniforme e immediatamente fruibile sull'intero territorio regionale. La Tabella 8 riporta in un quadro sintetico la qualità delle informazioni che è possibile reperire dai siti internet delle varie ASL, oltre a indicarne la semplicità di navigazione.⁸⁴

⁸¹ Referente PUA (3).

⁸² Referente PUA (3).

⁸³ Referente 11.

⁸⁴ È stata adottata la seguente scala cromatica: **Verde** = Informazione presente, esatta e semplice da reperire; navigabilità ottima. **Giallo** = Informazione presente ma a volte inesatta o incompleta; navigabilità a volte complessa. **Rosso** = Informazione assente o scorretta; navigabilità macchinosa e difficile.

Tabella 8. Qualità delle informazioni fornite dal sito delle ASL

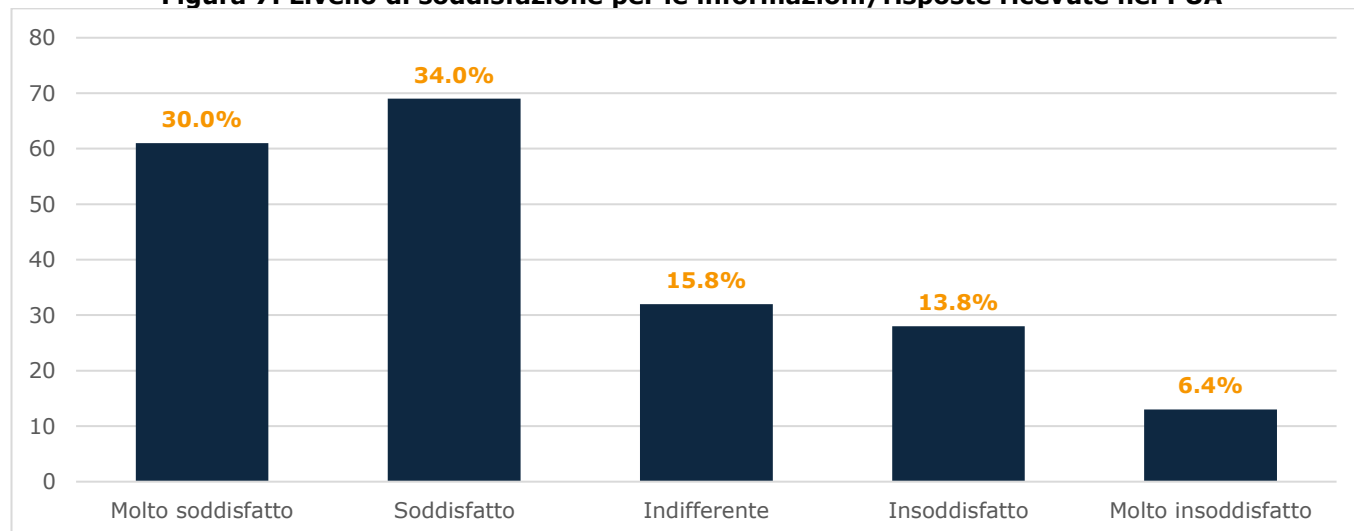
ASL	Informazioni presenti sulla pagina internet					Navigabilità del sito internet
	Indirizzo	Orari	Servizi offerti	Contatti	Personale operante/referenti	
RM1						
RM2						
RM3						
RM4						
RM5						
RM6						
FR						
LT						
RI						
VI						

Fonte: elaborazione degli autori

Riguardo alla **navigabilità del sito internet**, risultano particolarmente ostiche le pagine della ASL Roma 2 – datata e di difficile navigazione – e della ASL di Latina – che presenta un’interfaccia piuttosto “old style” rispetto agli standard attuali, sebbene contenga dati aggiornati a novembre 2024.

L’indicazione del personale operante o dei referenti dei singoli PUA è raramente presente, limitatamente alle pagine delle ASL Roma 4 e Roma 5. Tutti i siti internet riportano gli orari e gli indirizzi dei servizi offerti, ma a volte vi sono delle discrepanze tra le indicazioni presenti online e i dati raccolti dal monitoraggio dei Piani di Zona di marzo 2025, oltre al fatto che in alcuni PUA, in particolare dell’area di Roma) si invita all’interazione con i servizi “previo appuntamento,” sebbene il servizio PUA per definizione è ad accesso diretto. Gli indirizzi, con l’eccezione della ASL di Rieti, sono sempre indicati. Tuttavia, in più di un caso risultano incompleti o non aggiornati. Per tutti i PUA sono indicati i contatti telefonici, in un caso non è indicato alcun indirizzo e-mail, reperibili ad esempio qualora si consulti la pagina del singolo distretto). Molto spesso (con l’eccezione positiva dei siti delle ASL Roma 5, Roma 6 e Rieti) la descrizione dei servizi offerti è piuttosto sommaria.

L’utenza, al netto della disomogeneità dei dati presenti sulle pagine internet, dimostra tuttavia una generale soddisfazione per quanto concerne le informazioni sui PUA. Il **64%** dei rispondenti al sondaggio dichiara infatti di essere **complessivamente soddisfatto** delle informazioni e risposte ricevute dai PUA (Figura 7). Di questi, il 30.0% evidenzia un livello elevato di soddisfazione, mentre solo uno su cinque (il 20.2%) dei partecipanti ha espresso una valutazione negativa.

Figura 7. Livello di soddisfazione per le informazioni/risposte ricevute nei PUA


Gli utenti sono in genere soddisfatti delle informazioni che hanno, ma dal sondaggio effettuato risulta che **la maggior parte degli utenti (63.1%) non riceva alcun aggiornamento o informazione sui servizi erogati presso i PUA**, mentre meno di un quarto dei rispondenti (23.2%) afferma di essere aggiornato via e-mail e il 13.8% dichiara di ricevere notizie direttamente dalla Casa della Salute/di Comunità di riferimento. Questo suggerisce che l'utenza conosce ubicazione, orari e servizi dei PUA ed è in genere soddisfatta di queste informazioni, ma raramente riceve aggiornamenti, newsletter, o informazioni sul proprio PAI o un follow up successivo alla visita. L'assenza di questo tipo di contatti evidentemente non inficia la soddisfazione generale per le informazioni ricevute. Sul tema della **chiarezza dei servizi erogati** dai PUA, **quasi la metà degli utenti (48.3%) afferma che le prestazioni sono "chiare" o "perfettamente chiare"**; di contro, poco meno di un quarto degli interpellati (24.6%) afferma che i servizi erogati non sono "per nulla chiari".

3.1.1.3 L'individuazione del bisogno: le procedure

Una volta giunto al PUA, l'utente si interfaccia con il front office, dove può trovare un assistente sociale (della ASL o del distretto) per un primo colloquio informale. In alcuni casi⁸⁵, il **front office** è composto da un team multiprofessionale formato da un operatore informativo, un assistente sociale e un infermiere. Qualora l'utente sia stato inviato al PUA da uno dei servizi territoriali o dal medico di medicina generale, la natura del bisogno è già nota agli operatori del PUA, che quindi possono dare avvio alle pratiche di *back office*, contattando gli altri servizi rilevanti o convocando una riunione dell'unità di Valutazione Multidimensionale (si veda la **sezione 3.1.2** più sotto).

In base ai dati raccolti risulta che, nel caso di un primo accesso al PUA senza previa segnalazione da parte di altri servizi, **l'identificazione e l'analisi dei bisogni** degli utenti avviene principalmente **tramite colloquio**, con il *front office* (52.2%), con gli assistenti sociali (19.2%) e in misura più ridotta (11.8%) con i medici/infermieri (Figura 8). In alcuni casi (5.4%) viene richiamata la somministrazione di appositi test o questionari (la "Scheda di Prevalutazione PUA" ex DGR 149/2018⁸⁶; oppure la "Scheda di Primo contatto P.U.A."⁸⁷).

Molto spesso i singoli distretti sanitari all'interno delle varie ASL regionali hanno **modificato la Scheda di Prevalutazione PUA** prevista dalla DGR 149/2018, adattandola alle varie esigenze riscontrate. A volte la scheda è stata riorganizzata in due sezioni distinte, distinguendo la parte anagrafica dalla descrizione del bisogno dell'utente, effettuata a partire dal colloquio di prevalutazione;⁸⁸ altre volte la modifica è servita a rendere i contenuti della scheda coerenti con i dati da inserire nella Piattaforma SIATeSS ("Sistema Informativo per l'Assistenza Territoriale Sociale, Sanitaria e Sociosanitaria", si veda la sezione 3.2.2 più sotto).⁸⁹ La scheda di prevalutazione può essere archiviata in formato cartaceo, ma in alcuni casi viene scansionata e il PUA mantiene un archivio digitale.⁹⁰ La personalizzazione delle schede di prevalutazione, per quanto utile alle esigenze riscontrate nei singoli distretti, non garantisce un'uniformità dei dati raccolti nei vari PUA della regione.

⁸⁵ Referente PUA (8).

⁸⁶ DGR 149/2018 Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria, Allegato D.

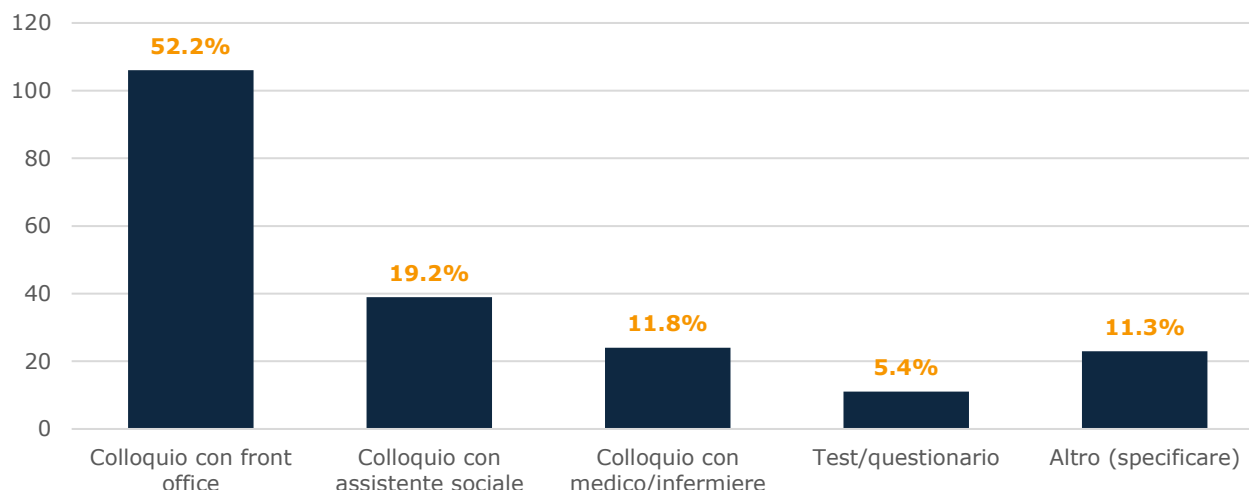
⁸⁷ Cfr. <https://www.asl.vt.it/storage/uploads/forms/b36341fdc0c5506658161b1dbb1d077d.pdf>

⁸⁸ Focus Group 2.

⁸⁹ Focus Group 1.

⁹⁰ Focus Group 3.

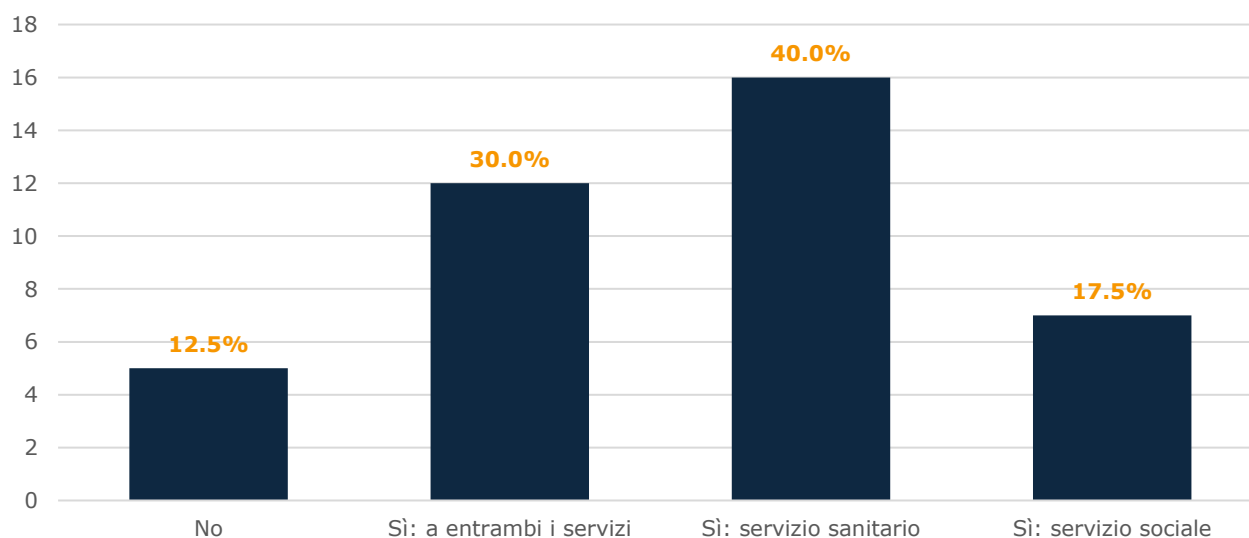
Figura 8. Modalità di identificazione e analisi dei bisogni degli utenti dei PUA



Una ridotta percentuale di utenti (**2.0%**) afferma di essere stato ricontattato telefonicamente o via posta elettronica in merito ai propri bisogni, mentre una percentuale identica afferma di **non aver ricevuto alcuna risposta**.

Il primo colloquio di prevalutazione può condurre a una valutazione più approfondita, classificando il bisogno secondo uno dei tre casi (bisogno semplice sanitario, semplice sociale, o complesso sociosanitario). Tra i rispondenti al sondaggio, **l'87.5% è stato indirizzato a un servizio specifico** a seguito del colloquio con l'UVM secondo la seguente ripartizione: il 40% a un servizio sanitario, il 17.5% a un servizio sociale e il 30% a entrambi i servizi (Figura 9).

Figura 9. Assegnazione dell'utenza a un servizio specifico



3.1.1.4 La risposta al bisogno

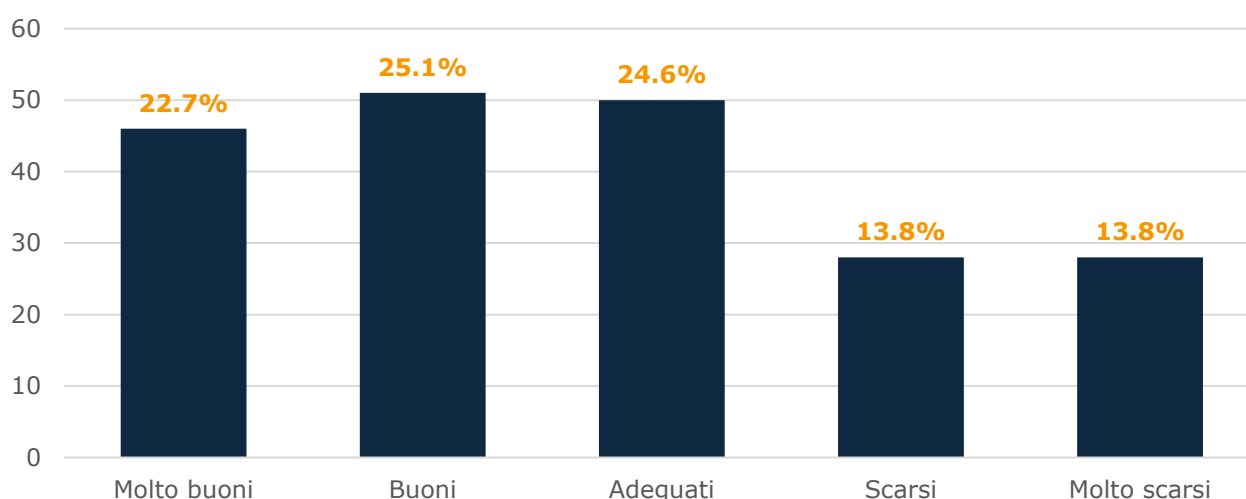
La capacità dei PUA di rispondere in modo adeguato ai bisogni dell'utenza dipende da una variabilità di fattori. Dopo lo screening iniziale, effettuato al front office tramite la prevalutazione, l'utente è indirizzato al servizio di pertinenza, o – nel caso dell'individuazione di multidimensionalità – viene attivata l'Unità di Valutazione Multidimensionale, coinvolgendo gli specialisti richiesti dalla specificità del caso in esame. L'insieme di questi passaggi presenta questioni legate alla celerità della risposta, alla comprensibilità del percorso, all'effettiva capacità di individuazione dei bisogni e alla preparazione di un Piano di Assistenza Integrato adeguato ai bisogni manifestati.

Riguardo alla celerità della risposta e ai tempi di attesa per accedere alle attività dei PUA, la valutazione dell'utenza appare articolata. I minori tempi di attesa non emergono come uno dei principali punti di forza del servizio, essendo stati indicati solo dall'11,8% dei rispondenti come possibile valore aggiunto (si veda la sezione 3.1.1.4 per gli altri benefici del PUA).

Tale evidenza trova riscontro nella valutazione specifica dei tempi di attesa, rispetto alla quale meno della metà degli utenti coinvolti nel sondaggio esprime un giudizio pienamente positivo: il 22,7% li considera "molto buoni" e il 25,1% "buoni", per un totale del 47,8% dei rispondenti. A questa quota si aggiunge un ulteriore 24,6% di utenti che valuta i tempi di attesa come "adeguati", segnalando quindi una percezione non negativa, ma neppure pienamente soddisfacente. Di contro, il 27,6% dei rispondenti esprime una valutazione critica, ripartita in misura equivalente tra chi giudica i tempi "scarsi" e chi li considera "molto scarsi" — entrambi pari al 13,8% del campione (vedi Figura 10).

Nel complesso, il dato restituisce dunque un quadro non univoco: se oltre sette utenti su dieci formulano una valutazione almeno adeguata dei tempi di attesa, resta comunque significativa la quota di rispondenti che segnala criticità, confermando che la tempestività dell'accesso e della risposta rappresenta un ambito sul quale permangono margini di miglioramento.

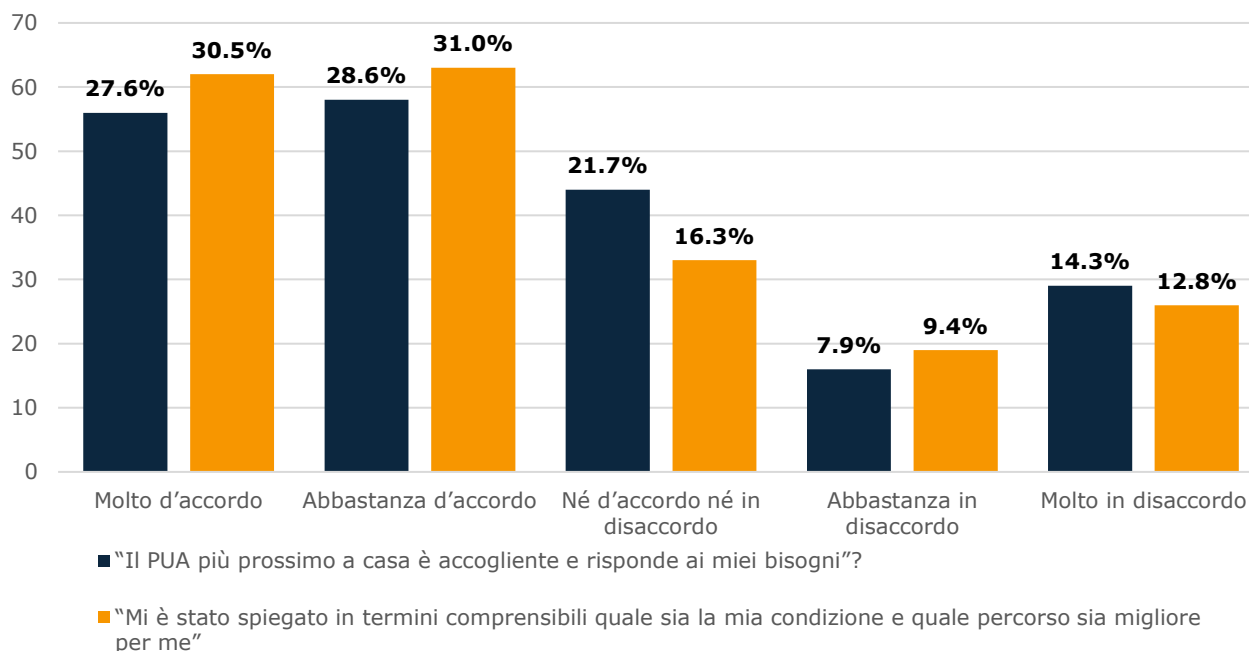
Figura 10. Valutazione dei tempi d'attesa degli utenti presso i PUA



Un aspetto cruciale per comprendere la qualità del servizio offerto dal PUA riguarda inoltre la generale percezione di accoglienza da parte degli utenti, e la comprensibilità sia dell'iter che del percorso diagnostico e terapeutico che viene loro presentato. Per l'utenza il livello di accoglienza dei PUA è giudicato soddisfacente dal 56,2% dei rispondenti, sul quale il 27,6% ha un'opinione molto positiva. Il 22,2% degli utenti raggiunti, invece, non è soddisfatto dalla capacità dei PUA di accogliere gli utenti e rispondere ai loro bisogni.

Risultati simili sono stati registrati in merito al livello di comprensibilità e chiarezza delle spiegazioni fornite dal personale PUA in fase di definizione della condizione dei pazienti e di individuazione del miglior percorso di cura. Per il 61.5% dei rispondenti al sondaggio le spiegazioni ricevute sono state sufficientemente comprensibili; il 30.5% del totale ha espresso un elevato apprezzamento. Il 22.2% ha evidenziato, invece, un'opinione negativa (Figura 11).

Figura 11. Percezione del livello di accoglienza dei PUA e chiarezza della comunicazione con l'utenza



Volgendo l'attenzione alla capacità di individuazione del bisogno, il sondaggio mostra che oltre metà degli rispondenti coinvolti (55.7%) ritiene che il personale PUA individui sempre (27.6%) o spesso (28.1%) i bisogni dell'utenza. Di contro, quasi un quarto (23.2%) si mostra insoddisfatto del servizio, ritenendo che i bisogni vengano raramente (10.3%) o mai (12.8%) individuati.

L'analisi disaggregata per Azienda sanitaria evidenzia alcune realtà in cui tale percezione appare particolarmente favorevole. Nella ASL Roma 2, la totalità dei rispondenti esprime una valutazione positiva, con il 57,9% che giudica la pre-valutazione adeguata e il 42,1% molto adeguata. Analogo orientamento si osserva nella ASL Roma 6, dove l'87,0% la considera adeguata e il 13,0% molto adeguata. Anche nella ASL di Latina il giudizio risulta ampiamente positivo, con il 70,6% di risposte "adeguata" e il 23,5% di risposte "molto adeguata", per un totale del 94,1% di valutazioni favorevoli.

Il confronto con le valutazioni espresse dall'utenza restituisce tuttavia un quadro più articolato. La percezione positiva manifestata dagli operatori rispetto alla qualità della pre-valutazione non trova sempre un riscontro equivalente nell'esperienza dichiarata dagli utenti. Lo scarto tra i due punti di vista, superiore al 30%, segnala una possibile distanza tra l'autovalutazione professionale del servizio e la qualità percepita dai destinatari finali, aspetto che merita attenzione nell'analisi dell'efficacia relazionale e funzionale del PUA.

Interpellati in merito al valore aggiunto apportato dai PUA rispetto a modalità di accesso più tradizionali ai servizi sociosanitari, gli utenti restituiscono un quadro complessivamente positivo, ma non privo di elementi critici. La quota più ampia dei rispondenti, pari al 29,6%, individua come principale valore aggiunto la possibilità di ricevere una risposta tempestiva ai propri bisogni. A seguire, il 25,6% degli utenti valorizza l'accoglienza e la disponibilità del personale, mentre circa un utente su cinque riconosce al PUA la capacità di rendere più chiaro il percorso da seguire, nel 20,7% dei casi, o di fornire una risposta completa sul versante sociosanitario, nel 19,2% dei casi.

Tali evidenze confermano che, per una parte significativa dell'utenza, il PUA rappresenta un dispositivo utile di orientamento, primo ascolto e ricomposizione della domanda sociale e sociosanitaria. Al tempo

stesso, il dato deve essere letto con cautela, poiché oltre un quarto degli utenti, pari al 26,1%, dichiara di non ravvisare alcun valore aggiunto rispetto alle forme ordinarie di accesso ai servizi. A questa componente si aggiungono quote più contenute, ma comunque rilevanti sul piano qualitativo, di utenti che dichiarano di non utilizzare o non conoscere i PUA, pari al 3,4%, oppure riferiscono esperienze negative con il personale o una presa in carico non percepita come adeguata sul piano sociosanitario, pari al 2,0%.

La lettura dell'esperienza complessiva conferma questa ambivalenza. La maggioranza degli utenti consultati, pari al 63,1%, si dichiara soddisfatta dell'esperienza avuta con i PUA; all'interno di tale aggregato, il 26,6% esprime un livello elevato di soddisfazione. Di contro, il 21,2% del campione formula un giudizio negativo, evidenziando la presenza di una quota non trascurabile di utenza per la quale il servizio non ha pienamente risposto alle attese o ai bisogni espressi.

L'analisi territoriale per provincia di residenza mostra inoltre una significativa variabilità nella percezione dell'esperienza. I livelli più elevati di soddisfazione si registrano nella provincia di Viterbo, dove il 91,0% dei partecipanti esprime un giudizio positivo sui PUA. Seguono Frosinone, con il 63,6% di valutazioni favorevoli, e Roma, con il 59,8%. Tale distribuzione suggerisce che la capacità dei PUA di generare un'esperienza positiva per l'utenza non sia uniforme sul territorio regionale, ma risenta verosimilmente delle diverse condizioni organizzative, professionali e di integrazione locale dei servizi.

Nel complesso, i dati indicano che i PUA sono percepiti da una quota maggioritaria degli utenti come un presidio capace di agevolare l'accesso, orientare il cittadino e fornire risposte ai bisogni sociosanitari. Tuttavia, la presenza di una componente consistente di utenti che non riconosce un effettivo valore aggiunto, insieme alla variabilità territoriale dei livelli di soddisfazione, evidenzia la necessità di rafforzare ulteriormente l'omogeneità del servizio, la riconoscibilità del PUA e la qualità dell'esperienza di accesso.

3.1.2 La gestione dei casi all'interno dei PUA

Come accennato pocanzi, l'accesso dell'utenza al PUA può avvenire con diverse modalità.⁹¹

- **Accesso su segnalazione dei servizi territoriali.** L'utente può essere indirizzato al PUA quando risulti già in carico presso uno o più servizi territoriali, sociali e/o sanitari, e i responsabili del percorso sociale, assistenziale o terapeutico valutino necessario integrare l'intervento in essere con ulteriori prestazioni o con una presa in carico più articolata. In tali casi, la segnalazione viene trasmessa direttamente dai servizi al personale del PUA, generalmente tramite e-mail o contatto telefonico. A seguito della segnalazione, l'utente si reca fisicamente presso il PUA, spesso accompagnato da un familiare o da un caregiver; gli operatori del servizio dispongono pertanto già di una prima conoscenza dei motivi dell'accesso, potendo così orientare con maggiore immediatezza la fase di accoglienza, valutazione preliminare e indirizzamento.
- **Accesso diretto al PUA.** L'utente può rivolgersi autonomamente al servizio, senza necessità di prenotazione, presentandosi direttamente allo sportello. In tali casi, l'accesso avviene frequentemente con il supporto di un familiare o di un caregiver, che svolge una funzione di accompagnamento e mediazione tra l'utente — spesso in condizione di non autosufficienza o fragilità — e il personale del PUA, facilitando l'espressione del bisogno e l'avvio del percorso di orientamento o presa in carico.
- **Orientamento informativo e indirizzamento verso altri servizi.** Gli operatori di front office svolgono anche una funzione di primo orientamento dell'utenza generica, indirizzando la persona verso i servizi sociali, sanitari o sociosanitari maggiormente coerenti con il bisogno rappresentato. Tale attività può avvenire anche attraverso canali remoti, quali e-mail o contatti telefonici, nei casi in cui emerga che l'accesso al PUA non sia necessario, appropriato o proporzionato rispetto alla domanda espressa. In queste situazioni, il PUA assolve prevalentemente una funzione informativa e di filtro, senza che l'utente acceda fisicamente agli spazi del servizio.

⁹¹ La descrizione delle diverse modalità d'accesso è desunta dai risultati dei Focus Group 2 e 4.

In caso di accesso diretto, l'utente viene accolto dal *front office*⁹², dove ha la possibilità di sostenere un primo colloquio con un assistente sociale della ASL o del distretto (la prevalutazione). Il colloquio si effettua negli spazi del PUA, in una stanza separata (ove disponibile) per tutelare la privacy dell'utente.⁹³ Questo primo confronto, così come la prevalutazione effettuata dal personale, spesso rappresenta l'avvio del percorso assistenziale, consentendo di classificare il bisogno in una delle tre tipologie previste: sanitario semplice, sociale semplice o sociosanitario complesso⁹⁴.

Qualora l'accesso al PUA derivi da una segnalazione formalizzata dai servizi territoriali o dal Medico di Medicina Generale, gli operatori attivano le procedure di back office finalizzate all'istruttoria del caso e all'individuazione del percorso più appropriato.

Nei casi in cui il bisogno risulti sufficientemente definito, l'utente viene indirizzato verso il servizio specialistico competente, in coerenza con la natura della domanda espressa e con le prestazioni ritenute necessarie. Diversamente, laddove emerga una situazione di maggiore complessità, tale da richiedere una lettura integrata delle dimensioni sociali, sanitarie e assistenziali, il PUA promuove l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale, UVM o UVMD.

La UVM/UVMD è composta da professionisti individuati in relazione alle specifiche competenze richieste dal caso, sia di ambito sanitario sia di ambito sociale. L'esito della valutazione multidimensionale concorre alla definizione del Piano di Assistenza Individualizzato o Personalizzato, PAI, predisposto sulla base delle indicazioni degli specialisti e dei servizi chiamati a prendere in carico la persona.

La successiva attuazione, l'aggiornamento e il monitoraggio del PAI sono generalmente affidati ai servizi responsabili dell'assistenza, che seguono in autonomia l'evoluzione del percorso. La UVM/UVMD viene pertanto riattivata solo qualora insorgano complicazioni, variazioni significative del bisogno o ulteriori esigenze che rendano necessaria una nuova valutazione integrata del caso.

La valutazione della gestione dei casi all'interno dei PUA dovrà pertanto considerare l'intero percorso dell'utente, articolato nelle principali fasi che ne scandiscono l'accesso, l'orientamento e l'eventuale presa in carico. In particolare, l'analisi terrà conto della qualità e dell'appropriatezza della pre-valutazione iniziale, dell'eventuale attivazione e conduzione della valutazione multidimensionale, della redazione del Piano di Assistenza Individuale o Personalizzato e delle modalità di monitoraggio del percorso assistenziale da parte dei servizi competenti.

3.1.2.1 La Prevalutazione

L'analisi evidenzia come la gestione dei bisogni all'interno dei PUA assuma connotazioni sensibilmente diverse in relazione al contesto territoriale e organizzativo in cui il servizio opera. Tale variabilità riguarda, in particolare, le modalità con cui viene gestita la fase di pre-valutazione e il successivo eventuale passaggio verso livelli più strutturati di approfondimento e presa in carico.

La pre-valutazione, infatti, non determina necessariamente l'attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale o Multidisciplinare, UVM/UVMD. In molti casi, il PUA è in grado di gestire direttamente la richiesta, senza avviare un percorso valutativo più complesso. Ciò avviene, ad esempio, quando il bisogno espresso dall'utente risulta circoscritto o di immediata leggibilità e può essere soddisfatto mediante un'attività di informazione, orientamento o indirizzamento verso il servizio competente. In tali situazioni, gli operatori possono fornire risposta direttamente allo sportello, oppure attraverso canali telefonici o telematici, quali e-mail, risolvendo il bisogno senza che sia necessario attivare ulteriori passaggi istruttori.

⁹² Il front office può essere composto da un singolo assistente sociale, o da un'équipe multiprofessionale che può includere un operatore informativo, un assistente sociale e un infermiere.

⁹³ Focus Group 1 e 3.

⁹⁴ Si veda l'estratto del DPCM 14 febbraio 2001, sezione 2.3.

Nei casi in cui la domanda richieda un maggiore approfondimento, ma non presenti ancora elementi tali da giustificare l'immediata convocazione della UVM/UVMD, possono essere attivate modalità intermedie di verifica e confronto. A seconda degli assetti organizzativi locali, tali modalità possono includere interlocuzioni di back office tra operatori del PUA e servizi territoriali, nonché, in alcuni casi, visite domiciliari⁹⁵ da parte dei servizi sociali, finalizzate a comprendere meglio la natura del bisogno, il contesto familiare e le condizioni effettive della persona.

Qualora dalla pre-valutazione emerga una potenziale complessità del caso, il PUA può promuovere una riunione di back office, coinvolgendo, ove possibile, il Medico di Medicina Generale e gli altri professionisti o servizi ritenuti rilevanti rispetto alla situazione dell'utente. Tale momento assume una funzione di filtro tecnico-professionale, volto a verificare se il bisogno possa essere gestito attraverso i servizi ordinariamente competenti oppure se richieda una valutazione integrata di natura sociosanitaria.

Solo laddove dal confronto di back office emergano criticità tali da rendere necessario un approccio multidimensionale e integrato, si procede alla convocazione della UVM/UVMD. Tale convocazione è generalmente curata dal personale amministrativo del PUA o, in assenza di tale figura, dall'assistente sociale, secondo le modalità organizzative adottate nel singolo contesto territoriale⁹⁶. In questo senso, la UVM/UVMD non rappresenta l'esito automatico di ogni accesso o segnalazione al PUA, ma viene attivata in presenza di bisogni complessi che richiedono una valutazione congiunta delle componenti sociali, sanitarie e assistenziali del caso.

I dati raccolti confermano che il ricorso alla UVM/UVMD non costituisce un esito automatico della pre-valutazione svolta dal PUA, ma viene attivato in una quota variabile di casi, generalmente riconducibili a situazioni caratterizzate da maggiore complessità sociosanitaria.

Nel complesso, il 39,2% degli operatori dichiara che il rinvio alla UVM/UVMD avviene in meno del 40% dei casi, evidenziando come, in una parte rilevante dei contesti osservati, il PUA riesca a gestire direttamente la domanda o a orientarla verso i servizi competenti senza attivare il livello valutativo multidimensionale. Il 28,4% dei rispondenti colloca invece la frequenza di attivazione in una fascia intermedia, compresa tra il 40% e il 60% dei casi, mentre il 32,4% segnala un ricorso più frequente alla UVM/UVMD, superiore al 60% dei casi.

La lettura territoriale mostra tuttavia differenze significative tra le Aziende sanitarie, confermando l'esistenza di modelli organizzativi non pienamente omogenei. Secondo quanto riportato dai Referenti PUA delle ASL di Frosinone, Viterbo e Latina, l'invio alla UVM/UVMD risulta particolarmente frequente, con punte superiori all'80% dei casi. Al contrario, nelle ASL di Roma 1, Roma 2 e Rieti l'attivazione della valutazione multidimensionale appare più contenuta, con quote rilevanti di rispondenti che dichiarano rinvii inferiori al 40%.

Dal punto di vista dell'utenza, i dati confermano una limitata esperienza diretta della UVM/UVMD. Il 55,7% dei rispondenti dichiara infatti di non essere mai stato indirizzato a tale livello valutativo, mentre un ulteriore 24,6% afferma di non conoscerne l'esistenza. Ne deriva che, per una quota molto ampia di utenti, la valutazione multidimensionale non rappresenta una fase direttamente percepita o riconoscibile del percorso di accesso al PUA.

Tale evidenza non deve essere interpretata necessariamente come indice di una carente integrazione sociosanitaria o di un'inadeguata attivazione degli strumenti multidisciplinari. Al contrario, essa appare coerente con la funzione di filtro e orientamento svolta dal PUA, che tende ad attivare la UVM/UVMD solo nei casi in cui il bisogno presenti effettivi profili di complessità e richieda una valutazione integrata tra componenti sociali, sanitarie e assistenziali.

⁹⁵ Focus group 2.

⁹⁶ Focus Group 2 e 3.

In molti casi, infatti, la domanda dell'utente può essere intercettata e trattata direttamente dal PUA oppure indirizzata verso singoli servizi competenti, senza che sia necessario coinvolgere l'intera équipe multidisciplinare. In questa prospettiva, il ricorso selettivo alla UVM/UVMD risponde a una logica di appropriatezza organizzativa: consente di ottimizzare le risorse professionali disponibili, evitare un sovraccarico non necessario degli specialisti e riservare la valutazione multidimensionale ai casi nei quali essa costituisce effettivamente un valore aggiunto per la definizione del percorso assistenziale.

3.1.2.2 L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

La composizione delle UVM/UVMD risulta, nella maggior parte dei casi, coerente con la finalità di assicurare una lettura integrata del bisogno, attraverso il coinvolgimento di professionalità afferenti sia al sistema sanitario sia al sistema sociale. Al tempo stesso, i dati evidenziano alcune differenze tra territori e servizi, che riflettono assetti organizzativi e modalità di funzionamento non pienamente omogenei.

Secondo quanto riportato dal personale dei PUA, la figura professionale più frequentemente presente nelle UVM/UVMD è l'assistente sociale dell'ASL, indicata dall'89,2% dei rispondenti. Seguono i medici specialisti, presenti nel 72,5% dei casi, e gli infermieri, segnalati dal 67,1% degli operatori. In oltre la metà delle situazioni rilevate, pari al 59,9%, partecipano inoltre assistenti sociali degli ATS o dei Municipi, confermando il ruolo della componente sociale territoriale nella costruzione della valutazione multidimensionale.

Meno sistematica appare invece la presenza dei Medici di Medicina Generale, indicata dal 45,0% dei rispondenti. Tale dato assume particolare rilievo, considerando che il MMG rappresenta potenzialmente una figura chiave del processo valutativo, in ragione della conoscenza diretta e continuativa della storia clinica della persona e del contesto sanitario di riferimento.

Il quadro è completato dalla presenza di ulteriori professionalità, segnalate dal 13,5% dei rispondenti, tra cui fisioterapisti, psicologi, dirigenti o coordinatori dei servizi e assistenti sanitari.

Nei PUA del territorio laziale, l'attivazione delle UVM/UVMD avviene secondo modalità operative differenti, generalmente riconducibili a due principali forme di svolgimento: in presenza oppure da remoto, attraverso incontri online. Il ricorso alla modalità telematica risponde, in diversi contesti, all'esigenza di ridurre i tempi di convocazione e facilitare la partecipazione dei professionisti coinvolti.

Le tempistiche di attivazione risultano tuttavia variabili e dipendono in larga misura dalla disponibilità delle figure chiamate a partecipare alla valutazione, tra cui Medici di Medicina Generale, specialisti, operatori sociali e sanitari, nonché, ove necessario, familiari o caregiver. In alcuni contesti, la UVM/UVMD viene convocata entro 7-10 giorni⁹⁷; in altri, i tempi medi si attestano intorno a un mese⁹⁸. Nei casi caratterizzati da particolare complessità, o in presenza di difficoltà organizzative significative, sono stati segnalati tempi di attesa molto più lunghi, che possono arrivare, in situazioni limite, anche a un anno⁹⁹.

Dalle informazioni raccolte emerge inoltre una certa variabilità nella composizione effettiva delle équipe. In diversi casi, i referenti descrivono UVM/UVMD particolarmente articolate, con la partecipazione di fisiatri, neurologi, ortopedici, neuropsichiatri, psichiatri e altri specialisti, a conferma della capacità del dispositivo di attivare una valutazione realmente multidimensionale¹⁰⁰, calibrata sulla specificità del bisogno della persona.

⁹⁷ Focus Group 4.

⁹⁸ Focus Group 2.

⁹⁹ In particolare, qualora il piano assistenziale richieda il coinvolgimento di servizi altri rispetto a quelli sociosanitari, come il tribunale, e una decisione sul caso preveda quindi l'azione del giudice. Cf. Focus Group 2.

¹⁰⁰ Referente PUA (5).

Accanto a tali esperienze, si rilevano tuttavia alcune criticità. In più contesti è stata segnalata la difficoltà di garantire la presenza stabile di medici specialisti o dei Medici di Medicina Generale; in alcuni casi, la UVM/UVMD si svolge in assenza della componente medica¹⁰¹. Altri referenti evidenziano situazioni ancora più problematiche, quali l'insufficienza di personale medico per la redazione dei PAI¹⁰², la mancata partecipazione regolare dei MMG o, in casi circoscritti, la mancata convocazione della stessa UVM/UVMD¹⁰³.

Sotto il profilo organizzativo, in alcuni territori l'attività della UVM/UVMD è supportata da una segreteria dedicata, incaricata della protocollazione dei casi, della gestione delle convocazioni e del coordinamento tra i diversi professionisti coinvolti¹⁰⁴. Tale funzione appare rilevante ai fini della tracciabilità del percorso valutativo e della continuità organizzativa del processo.

La riunione della UVM/UVMD si conclude, di norma, con la redazione di un verbale nel quale vengono formalizzate le valutazioni effettuate e le decisioni assunte sul singolo caso. Tale verbale costituisce la base istruttoria per la successiva predisposizione del Piano di Assistenza Individuale o Personalizzato¹⁰⁵, che orienta il percorso di presa in carico e l'attivazione degli interventi ritenuti appropriati.

3.1.2.3 Il Piano di Assistenza Individuale

La stesura dei Piani di Assistenza Individuali (PAI) riflette un'organizzazione eterogenea, in cui coesistono esperienze strutturate e pratiche più frammentate. In diversi contesti, il PAI viene elaborato in maniera collegiale tra i membri della UVM. Alcuni distretti adottano un approccio dinamico, con PAI composti da una parte fissa e da una parte modulabile, adattabile all'evoluzione del quadro clinico e sociale. Esperienze innovative includono l'utilizzo della scheda 'Budget di salute'¹⁰⁶ o l'assegnazione di un *case manager*, con un ruolo attivo nella revisione del PAI. Tuttavia, le criticità non mancano: in contesti caratterizzati da scarsità di risorse mediche, i PAI vengono redatti solo per i pazienti già in carico all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), risultando di fatto assenti per altre categorie di utenza.

Inoltre, non sempre gli assistenti sociali del distretto sociosanitario possono intervenire all'interno della UVM: in certi casi, infatti, solamente l'assistente sociale della ASL ha la possibilità di contribuire al PAI e di firmarlo, con la conseguenza di limitare le competenze dell'assistente sociale distrettuale, nonostante l'identico inquadramento funzionale¹⁰⁷.

Dal punto di vista percettivo, il funzionamento delle UVM/UVMD riceve una valutazione complessivamente positiva da parte degli operatori dei PUA. La composizione dell'équipe è giudicata **ottima** dal 20,3% dei rispondenti e **buona** dal 51,8%, evidenziando una prevalente percezione di adeguatezza rispetto alla capacità del dispositivo di integrare competenze professionali diverse. Anche la capacità della UVM/UVMD di rispondere ai bisogni dell'utenza è valutata favorevolmente: il 18,9% degli operatori la considera ottima e il 41,4% buona.

Un orientamento analogo emerge con riferimento ai tempi di attivazione della UVM/UVMD. Pur trattandosi di una dimensione organizzativa potenzialmente critica, oltre la metà degli operatori

¹⁰¹ Focus group 3. Secondo gli operatori del Focus Group 3, vi è a volte un ostacolo culturale nel coinvolgimento delle figure mediche, che non sempre percepiscono la necessità di partecipare alle riunioni della UVM (se non direttamente coinvolti o implicati per via della loro specializzazione) per progetti complessi che riguardano, ad esempio, la disabilità infantile (e.g. il "Progetto di Vita").

¹⁰² Referente PUA (7).

¹⁰³ Referente PUA (11).

¹⁰⁴ Focus Group 1.

¹⁰⁵ Focus Group 4.

¹⁰⁶ Si tratta della 'Scheda del Progetto di vita personalizzato', prevista dalla politica del Budget di Salute. I dettagli si possono consultare qui: Città Metropolitana di Roma Capitale, "Il Budget Di Salute: Accanto Ai Più Fragili."

¹⁰⁷ Referenti della Direzione Regionale Inclusione Sociale).

esprime un giudizio positivo, con il 16,7% di valutazioni ottime e il 36,9% di valutazioni buone. A ciò si aggiunge una quota significativa di giudizi intermedi, pari al 34,7%, che suggerisce la presenza di margini di miglioramento, soprattutto in termini di tempestività, coordinamento tra professionisti e stabilità delle procedure di convocazione.

L'analisi territoriale restituisce tuttavia un quadro non pienamente omogeneo. In alcune ASL, tra cui Roma 1 e Frosinone, emergono valutazioni meno favorevoli sulla qualità dei PAI, con quote rilevanti di giudizi medi o negativi e una percentuale più contenuta di valutazioni buone o ottime. Tale evidenza segnala che la qualità percepita del percorso valutativo e della successiva traduzione nel Piano di Assistenza Individuale o Personalizzato può variare sensibilmente in funzione degli assetti organizzativi locali e delle modalità di integrazione tra i servizi coinvolti.

Sul versante dell'utenza, i dati confermano una percezione generalmente positiva dell'operato della UVM/UVMD. Tra gli utenti effettivamente valutati da tale organismo, il 50,0% ritiene il lavoro svolto adeguato e il 32,5% molto adeguato. Si tratta di un dato significativo, che conferma come, nei casi in cui venga attivata, la valutazione multidimensionale sia prevalentemente riconosciuta come uno strumento utile e coerente con la complessità del bisogno.

Permangono, tuttavia, alcune criticità. I tempi di attesa per l'attivazione della UVM/UVMD rappresentano un problema per il 16,7% degli utenti, confermando che la tempestività del percorso costituisce una dimensione da presidiare con attenzione. Inoltre, il 15,3% degli utenti ritiene di aver ricevuto un PAI non adeguato e il 16,3% giudica la soluzione terapeutico-assistenziale individuata non pienamente coerente con i propri bisogni.

3.1.2.4 Il monitoraggio dei percorsi di assistenza

Il monitoraggio del percorso assistenziale viene, in molti casi, definito già in sede di redazione del PAI, con tempistiche differenziate in relazione alla tipologia di bisogno, al livello assistenziale richiesto e al setting di presa in carico. A titolo esemplificativo, possono essere previsti controlli semestrali per le persone con disabilità, verifiche ogni 60-90 giorni per gli ospiti delle RSA e revisioni personalizzate per gli utenti inseriti in percorsi riabilitativi ex art. 26 della legge n. 833/1978, vale a dire percorsi rivolti a persone con disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste che necessitano di interventi riabilitativi e di una presa in carico multidisciplinare.

In altri casi, il monitoraggio del PAI non segue una periodicità predefinita, ma viene modulato in funzione della natura della prestazione assistenziale e dell'evoluzione del quadro clinico, sociale e sociosanitario dell'utente. Ciò avviene soprattutto nelle situazioni in cui permangano elementi di incertezza sull'andamento del percorso o sulla stabilità del bisogno, rendendo necessario definire tempi e modalità di verifica caso per caso¹⁰⁸. In ulteriori circostanze, il monitoraggio e l'eventuale revisione del PAI vengono attivati prevalentemente a seguito di segnalazioni provenienti da medici, caregiver, familiari o dagli stessi servizi responsabili della presa in carico¹⁰⁹.

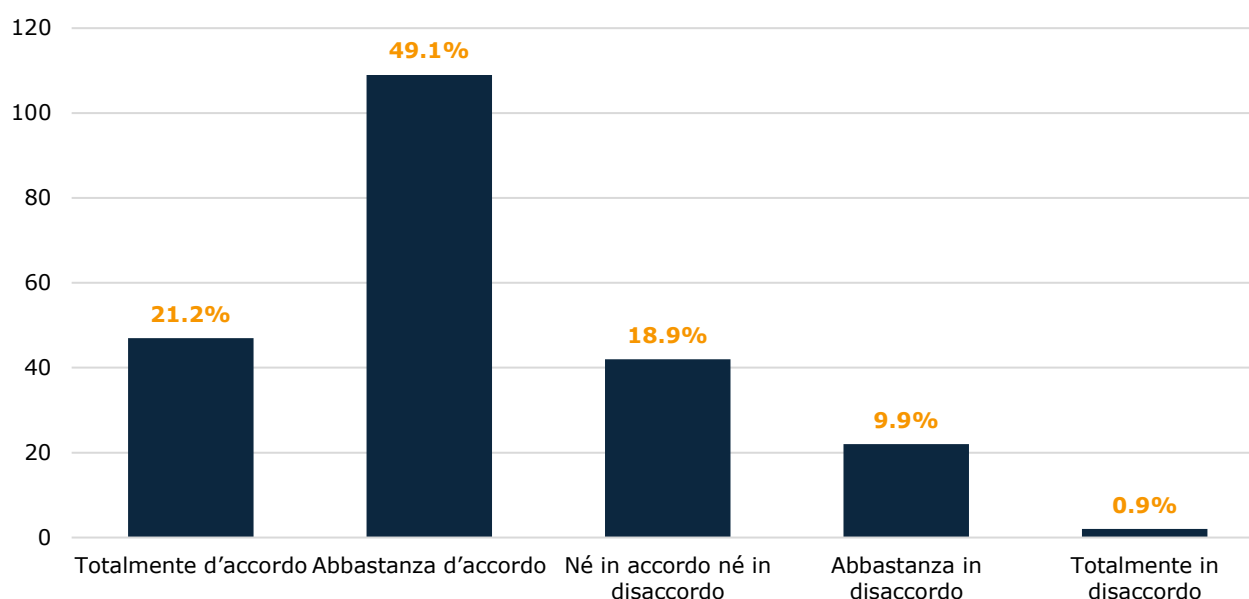
Dal punto di vista dell'utenza, il 58,1% dei rispondenti dichiara che il proprio percorso è stato oggetto di monitoraggio. Tale dato, pur positivo, evidenzia modalità di attuazione non pienamente omogenee: tra coloro che riferiscono di essere stati monitorati, il 46,7% segnala controlli regolari, il 40,0% controlli saltuari e il 13,4% verifiche rare o effettuate *una tantum*.

Anche le modalità operative attraverso cui si realizza il monitoraggio risultano differenziate, con una prevalenza dei contatti a distanza. I colloqui telefonici rappresentano infatti lo strumento più utilizzato, indicato dal 62,6% degli utenti, seguiti dalle comunicazioni via e-mail, pari al 26,7%. Gli incontri in presenza risultano invece meno frequenti, attestandosi al 6,1%.

¹⁰⁸ Focus Group 2.

¹⁰⁹ Interviste con i Referenti PUA.

Figura 12. Accordo sulla qualità e la precisione del monitoraggio e valutazione dei percorsi di assistenza



La Figura 12 mette in luce il grado di accordo degli **operatori** riguardo alla qualità e alla precisione del monitoraggio e della valutazione dei percorsi di assistenza. Tra questi, il 70,3% (n=156) esprime **un'opinione positiva sull'efficacia del monitoraggio** (21,2% totalmente d'accordo e 49,1% abbastanza d'accordo), mentre il 18,9% (n=42) assume una posizione neutra e il 10,8% (n=24) segnala criticità.

Anche qui emergono differenze territoriali: l'ASL Roma 5 e l'ASL di Latina riportano quasi esclusivamente opinioni positive (oltre il 75% dei rispondenti favorevoli), mentre Roma 1 e Roma 3 si caratterizzano per un numero più elevato di giudizi negativi o medi (fino al 18,2% di rispondenti "abbastanza in disaccordo" a Roma 1). In alcune realtà, come l'ASL di Frosinone, si osserva un quadro più eterogeneo, con valutazioni polarizzate tra opinioni molto positive e negative. Infine, l'analisi per profilo professionale mostra che i medici sono i più soddisfatti (83,3% esprime un'opinione positiva), mentre il personale amministrativo si dimostra più critico, con il 14,3% in disaccordo.

Questo quadro evidenzia che, sebbene il monitoraggio sia ormai una pratica diffusa, permangono disparità legate alle risorse disponibili, ai criteri adottati per il monitoraggio e ai modelli organizzativi adottati, che condizionano la capacità di garantire percorsi di assistenza uniformemente monitorati e valutati.

3.1.3 La risposta alle domande di valutazione

3.1.3.1 In che misura i PUA garantiscono l'accesso ai servizi sociali, sanitari e ai servizi sociosanitari per le persone in condizioni di bisogno e/o fragilità?

Sulla base delle evidenze empiriche raccolte e degli studi consultati, i PUA del Lazio risultano complessivamente in grado di assolvere alla propria funzione di porta di accesso ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari regionali. Tale capacità trova riscontro sia nell'andamento degli accessi registrati nel tempo, sia nella percezione espressa dagli utenti coinvolti nella rilevazione. Nel corso degli ultimi anni si è osservato un incremento significativo degli accessi ai PUA, con una crescita pari al 30,2% tra il 2019 e il 2020. Tale andamento ha contribuito a orientare la programmazione per il triennio 2024-2026, che prevede un ulteriore aumento degli accessi attesi, pari all'11,0% nel 2025 e al 2,5% nel 2026. Il dato conferma la progressiva centralità del PUA quale presidio territoriale di intercettazione, orientamento e raccordo tra domanda dell'utenza e sistema dei servizi.

Anche le informazioni raccolte presso l'utenza confermano, in termini generali, la capacità del PUA di indirizzare le persone verso percorsi appropriati. Tra gli utenti che hanno avuto accesso alla valutazione

da parte della UVM/UVMD, **l'87,5% dichiara infatti di essere stato indirizzato verso un servizio specifico a seguito del confronto valutativo**. Tale evidenza segnala che, nei casi in cui il bisogno richiede un approfondimento multidimensionale, il sistema è generalmente in grado di tradurre la valutazione in un orientamento operativo verso i servizi competenti.

La maggior parte degli utenti consultati si dichiara inoltre complessivamente soddisfatta delle informazioni ricevute, che risultano quindi, nella percezione prevalente, sufficientemente chiare e utili per comprendere il percorso da seguire. Tuttavia, la ricerca ha fatto emergere una gestione non sempre omogenea della comunicazione relativa ai servizi erogati dai PUA nelle diverse ASL. Tale disomogeneità riguarda sia la visibilità territoriale del servizio, sia la completezza, la coerenza e l'accessibilità delle informazioni disponibili per l'utenza.

Nel complesso, i dati suggeriscono che i PUA contribuiscono in misura significativa a garantire l'accesso ai servizi sociosanitari regionali, svolgendo una funzione di orientamento e raccordo tra bisogni espressi e risposte istituzionali disponibili. Permangono tuttavia margini di miglioramento, soprattutto sul versante della comunicazione esterna, della riconoscibilità del servizio e dell'omogeneità informativa tra territori.

3.1.3.2 In che misura i casi che presentano una complessità sociale e sanitaria sono gestiti in modo integrato?

I PUA sono concepiti come dispositivi territoriali finalizzati a rispondere in modo integrato alla multidimensionalità del bisogno espresso dall'utenza. In questa prospettiva, l'Unità di Valutazione Multidimensionale, UVM/UVMD, rappresenta uno snodo centrale del modello di intervento, in quanto consente di analizzare congiuntamente le componenti sociali, sanitarie e assistenziali della domanda e di orientare la definizione di percorsi di presa in carico coerenti con la complessità del caso.

Le evidenze raccolte restituiscono, nel complesso, una valutazione positiva dell'operato dei professionisti coinvolti e della composizione delle équipe, che risultano generalmente coerenti con la finalità multidisciplinare della UVM/UVMD. Nella maggior parte dei casi, infatti, partecipano assistenti sociali dell'ASL e del Distretto, medici specialisti e infermieri, con configurazioni professionali tendenzialmente adeguate alla natura dei bisogni trattati. Tuttavia, l'analisi mette in luce alcune criticità che incidono sulla piena efficacia del dispositivo.

Un primo elemento riguarda la comprensibilità del percorso da parte dell'utenza. In alcuni casi, infatti, gli utenti non sembrano avere piena chiarezza circa il ruolo dei professionisti coinvolti, le finalità della valutazione multidimensionale e le fasi dell'iter attraverso cui il proprio bisogno viene analizzato e tradotto in una risposta assistenziale. Tale aspetto richiama la necessità di rafforzare la comunicazione con l'utente, non solo nella fase di accesso, ma anche durante l'intero percorso di valutazione e presa in carico.

Un secondo profilo critico attiene alla disponibilità delle professionalità mediche. In diversi contesti è stata segnalata la difficoltà di garantire una presenza stabile di medici specialisti o Medici di Medicina Generale all'interno delle UVM/UVMD. Tale carenza può incidere sulla capacità del sistema di formulare valutazioni pienamente integrate e, nei casi più problematici, limitare la redazione dei Piani di Assistenza Individuale o Personalizzati ai soli utenti già inseriti in specifici percorsi assistenziali, come l'ADI. A ciò si aggiunge, in alcuni territori, una diversa capacità decisionale riconosciuta agli assistenti sociali del Distretto rispetto agli assistenti sociali dell'ASL, pur a fronte di funzioni professionali analoghe, con possibili effetti sulla fluidità dei processi decisionali e sull'effettiva integrazione tra componente sociale e sanitaria.

Ulteriori elementi di disomogeneità riguardano il monitoraggio dei percorsi assistenziali e terapeutici e l'aggiornamento dell'utenza. Le modalità di contatto risultano infatti differenziate — telefono, e-mail e, più raramente, incontri in presenza — così come variabile appare la frequenza delle verifiche successive alla definizione del PAI. Questa eterogeneità, pur riflettendo in parte l'adattamento dei servizi alle specificità dei casi, può ridurre la sistematicità del monitoraggio e incidere sulla percezione di continuità della presa in carico da parte dell'utente e della famiglia.

Alla luce di tali evidenze, il rafforzamento della gestione integrata dei casi complessi richiede un investimento specifico su due dimensioni. Da un lato, appare necessario consolidare le attività di monitoraggio, sia per garantire una raccolta dati più completa e strutturata sull'evoluzione dei percorsi, sia per assicurare all'utenza un aggiornamento più regolare e comprensibile sulle decisioni assunte e sugli interventi attivati. Dall'altro lato, occorre intervenire sulle tempistiche di attivazione della UVM/UVMD, che risultano ancora, in diversi casi, eccessivamente lunghe rispetto all'esigenza di fornire risposte tempestive a bisogni complessi. Una maggiore rapidità nella convocazione dell'équipe multidimensionale costituirebbe infatti una condizione essenziale per rafforzare l'efficacia del PUA quale punto di accesso unitario e integrato al sistema dei servizi sociali e sociosanitari.

3.1.3.3 In che misura viene semplificato l'accesso ai servizi sociali e sanitario per la popolazione della Regione Lazio?

L'ubicazione dei PUA, concepiti come servizi territoriali di prossimità e distribuiti capillarmente sul territorio (almeno un Punto per ogni distretto sociosanitario), permette un facile accesso nella maggior parte dei casi: solo un utente su cinque lamenta difficile raggiungibilità. La media di 18 ore settimanali di apertura nel PUA principale di ogni distretto porta 4 utenti su cinque a ritenere gli orari di apertura comodi o almeno accettabili. Nel complesso, dislocazione sul territorio e orari di apertura sono per lo più adeguati alle esigenze dell'utenza. Fanno eccezione esclusivamente i centri in aree rurali in cui l'apertura è al di sotto di dieci ore settimanali e i PUA ubicati in edifici attualmente in ristrutturazione, che non sempre risultano facilmente identificabili dall'utenza.

3.2 Efficienza

Ai fini del presente report, l'efficienza dei PUA viene intesa come la capacità del servizio di trasformare le risorse disponibili — umane, economiche, tecniche, organizzative e strutturali — in risultati coerenti con le funzioni assegnate al Punto Unico di Accesso. L'analisi non si limita pertanto a considerare la mera disponibilità di risorse, ma osserva il modo in cui tali risorse vengono effettivamente organizzate, integrate e utilizzate per sostenere l'accesso dell'utenza, la pre-valutazione dei bisogni, l'orientamento verso i servizi e l'eventuale attivazione dei percorsi di presa in carico. In questa prospettiva, la valutazione dell'efficienza dei PUA viene articolata lungo diverse dimensioni. Una prima dimensione riguarda le risorse economiche e finanziarie, con particolare attenzione ai finanziamenti specificamente destinati al funzionamento o al rafforzamento dei PUA. Una seconda dimensione attiene alle risorse professionali, osservate sia sotto il profilo della selezione e della composizione degli operatori impiegati, sia con riferimento alla formazione ricevuta, alla distribuzione dei carichi di lavoro e all'organizzazione dei turni. Ulteriori elementi di analisi riguardano le procedure operative, la modulistica e gli strumenti informativi utilizzati. In particolare, il report considera in che misura le procedure adottate, i modelli documentali, gli applicativi informatici, i portali e le modalità di gestione dei dati dell'utenza facilitino o, al contrario, ostacolino lo svolgimento delle attività assegnate agli operatori e ai referenti dei PUA..

3.2.1 L'organizzazione amministrativa dei PUA

La valutazione degli aspetti organizzativo-amministrativi dei PUA terrà conto dei seguenti aspetti: risorse economiche dei PUA, risorse umane (inquadramento, formazione e turnazione del personale), modulistica e procedure seguite.

3.2.1.1 Finanziamenti

La gestione delle risorse umane — con riferimento alle modalità di reclutamento, formazione, organizzazione dei turni e allocazione del personale nei diversi PUA — rappresenta una delle componenti più rilevanti sia sul piano organizzativo sia sul piano finanziario. Il personale costituisce infatti uno dei principali capitoli di spesa connessi al funzionamento dei PUA, la cui sostenibilità è

assicurata attraverso il ricorso a diverse linee di finanziamento. In tale quadro, i principali canali di finanziamento dei PUA possono essere ricondotti alle seguenti fonti:

- Il **Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA)**, istituito con la legge finanziaria 2007 (legge n. 296 del 27 dicembre 2006, art. 1, commi 1264-1266), alimentato da risorse della fiscalità generale e gestito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, finanzia interventi a favore di persone con gravissima disabilità e non autosufficienti, con riparto annuale alle Regioni.
- Il **Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS)**, istituito con la legge n. 328 dell'8 novembre 2000 (legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) ed erogato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali alle Regioni e agli Enti locali, sostiene la rete dei servizi sociali territoriali.
- Il **Fondo Sanitario Regionale (FSR)**, lo strumento attraverso cui viene ripartito il Fondo Sanitario Nazionale, istituito con il decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche, e finanziato dal bilancio statale tramite il Ministero dell'Economia e delle Finanze e il Ministero della Salute, garantisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria sul territorio regionale.
- Il **Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale (Fondo Povertà)**, istituito con la legge di stabilità 2016 (legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1, commi 386-389) e alimentato dalla fiscalità generale dello Stato, è gestito dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per finanziare misure nazionali di contrasto alla povertà che vengono poi attuate a livello regionale e locale.

Al momento della raccolta dei dati dei Piani di Zona di marzo 2025, lo stanziamento medio¹¹⁰ per singolo distretto per il triennio 2024-2026 risulta essere il seguente:

- **FNA:** 206.136,84 €
- **FNPS:** 139.127,42 €
- **FSR:** 179.761,48 €
- **Fondo povertà:** 102.877,45 €

Nel marzo 2025, il **FNA** era programmato in 16 distretti, il **FNPS** in 10 distretti, il **FSR** in 11 distretti e il **Fondo povertà** in 7 distretti. Va sottolineato che il **FNA** non può essere utilizzato per coprire integralmente il costo del personale già in servizio; questo determina l'utilizzo prevalente dell'FNA per acquistare personale a tempo determinato tramite cooperative o ETS, senza poter assumere personale indeterminato integrandolo nell'organico.¹¹¹

A integrazione dei canali di finanziamento sopra richiamati, in alcune ASL vengono utilizzate ulteriori fonti di copertura, secondo quanto emerso dalle interviste ai Referenti PUA. In determinati contesti, ad esempio, fondi europei o nazionali sono impiegati per sostenere la sperimentazione di nuovi progetti o per rafforzare specifiche componenti del servizio. In termini generali, le risorse riconducibili al sistema sanitario derivano prevalentemente dal Fondo Sanitario Nazionale, mentre per gli Ambiti Territoriali Sociali assumono rilievo ulteriori canali di finanziamento¹¹², tra cui il Programma Nazionale Inclusione e altre risorse destinate alle politiche sociali e alla non autosufficienza.

Dal punto di vista dell'adeguatezza, le interviste ai Referenti PUA evidenziano un divario diffuso tra l'ampiezza dei bisogni intercettati e le risorse effettivamente disponibili. Pur in presenza di assetti

¹¹⁰ La media dello stanziamento per il triennio è stata calcolata considerando esclusivamente i distretti dove l'allocazione del rispettivo fondo era già programmata.

¹¹¹ Intervista Referente PUA Direzione Regionale.

¹¹² Il Programma Nazionale Inclusione e Lotta alla Povertà (PN Inclusione) è uno dei programmi finanziati dal **Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+)** per il ciclo di programmazione europea 2021-2027. La sua funzione è quella di sostenere le misure di inclusione attiva, il contrasto alla povertà materiale e alla deprivazione, l'innovazione sociale e il rafforzamento dei servizi sociali territoriali, integrando e potenziando i fondi nazionali come il Fondo Povertà e il FNPS

territoriali differenziati, emerge una percezione condivisa di insufficienza delle dotazioni economiche e professionali rispetto alla complessità delle funzioni assegnate ai PUA. Nella ASL Roma 5 la situazione viene descritta come relativamente più stabile, sebbene permanga l'impossibilità di garantire équipe complete in tutti i PUA attivi.

Le criticità più rilevanti sono segnalate nelle ASL di Frosinone e Latina, dove la frammentazione organizzativa e il ricorso a forme di esternalizzazione incidono sulla continuità del servizio, sulla disponibilità di personale e sulla capacità di assicurare una presa in carico pienamente integrata¹¹³. In altri contesti aziendali, la dotazione di personale è comunque ritenuta insufficiente a fronte delle esigenze attuali e, soprattutto, in previsione dell'incremento potenziale dell'utenza connesso all'apertura e al progressivo consolidamento delle Case della Comunità¹¹⁴.

In alcuni territori, il funzionamento dei PUA si fonda sull'integrazione di risorse riconducibili a diverse filiere di programmazione: sanitaria, sociale e sociosanitaria. In tale quadro, accanto alle risorse del sistema sanitario, possono concorrere fondi nazionali destinati al rafforzamento del sistema territoriale dei servizi sociali e degli interventi per la non autosufficienza, tra cui il Fondo Nazionale Politiche Sociali e il Fondo per le Non Autosufficienze. Tale integrazione finanziaria, pur rappresentando un elemento di sostegno alla continuità del servizio, richiede adeguati livelli di coordinamento istituzionale; laddove alcuni Comuni non aderiscano agli assetti consortili o agli strumenti di governance territoriale, la capacità di programmazione condivisa può risultare indebolita, con ricadute sull'omogeneità e sull'effettiva integrazione della risposta sociosanitaria.

La percezione degli operatori consultati tramite sondaggio online restituisce un quadro più articolato. La metà dei rispondenti, pari al 50,0% del campione, ritiene che le risorse finanziarie destinate ai PUA siano adeguate o molto adeguate: nello specifico, il 45,0% le giudica adeguate e il 5,0% molto adeguate. Il 16,7% esprime una valutazione intermedia, mentre il 20,3% considera le risorse parzialmente inadeguate e il 13,1% totalmente inadeguate. Ne deriva che circa un terzo degli operatori, pari al 33,4%, segnala una criticità più o meno marcata nella disponibilità delle risorse finanziarie.

Nel complesso, le evidenze raccolte indicano che la sostenibilità economica dei PUA costituisce una dimensione rilevante dell'efficienza del servizio. Da un lato, i Referenti PUA tendono a evidenziare in modo più netto l'insufficienza delle risorse rispetto ai bisogni e alle funzioni da garantire; dall'altro, gli operatori restituiscono una valutazione più distribuita, nella quale una quota maggioritaria o intermedia non segnala criticità gravi, ma una componente consistente rileva comunque carenze finanziarie. Tale differenza di percezione può riflettere il diverso posizionamento dei rispondenti: i Referenti osservano il servizio in termini di programmazione, copertura territoriale e sostenibilità complessiva, mentre gli operatori valutano più direttamente le condizioni operative del presidio in cui lavorano.

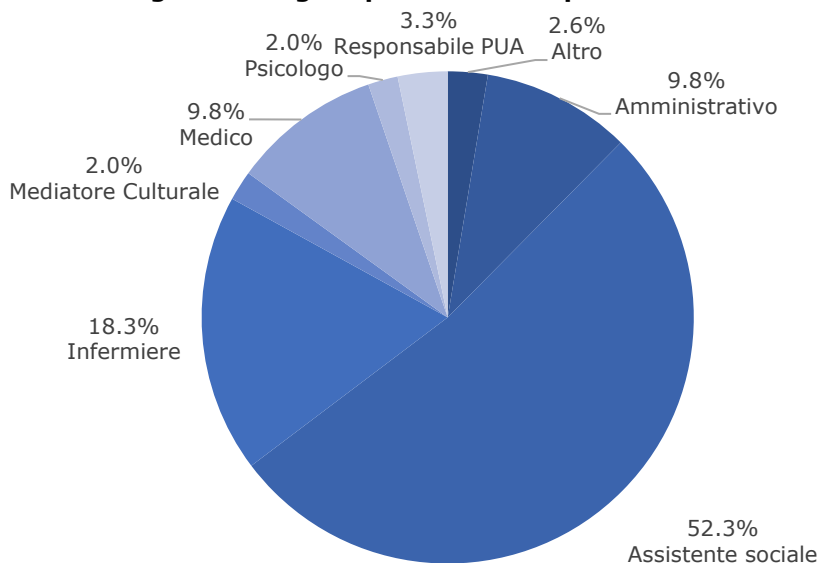
3.2.1.2 Inquadramento delle risorse umane

Le risorse umane operanti all'interno dei PUA afferiscono ai servizi sociali e ai servizi sanitari e sono pertanto impiegate da strutture differenti, con contratti eterogenei. La natura della durata e del tipo di contratto dipende dall'ente presso cui il professionista è incardinato e dalla possibilità di un servizio esternalizzato in contratto d'appalto. La rilevazione dei Piani di Zona di marzo 2025, per quanto parzialmente incompleta, offre una panoramica sulle diverse figure professionali e sul loro inquadramento. La Figura 13 mostra la ripartizione delle risorse umane per tipo di professione, ove si nota che oltre la metà (52.3%) dei professionisti operanti nei PUA sono assistenti sociali, seguiti da infermieri (18.3%) e personale amministrativo (9.8%).

¹¹³ Referenti PUA (7, 9).

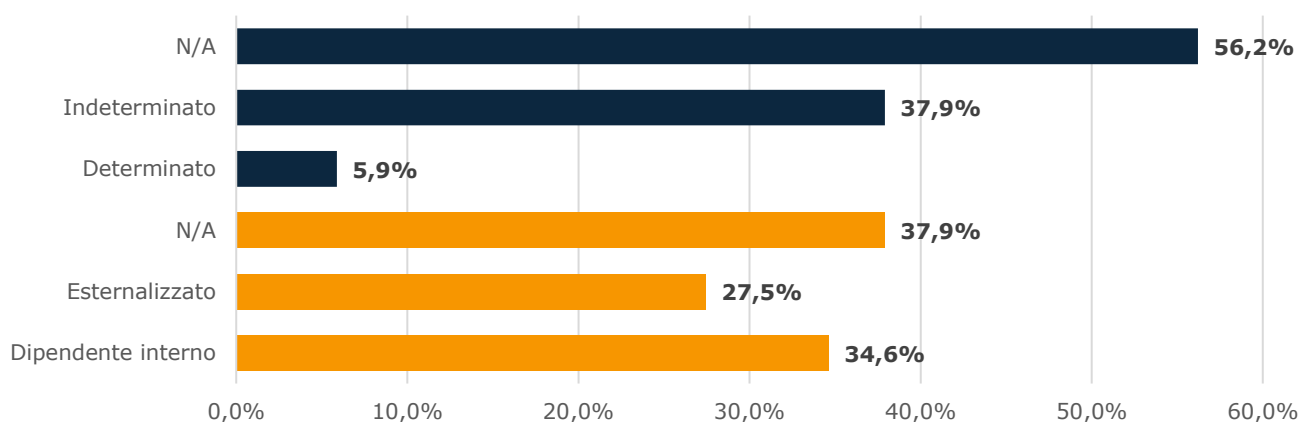
¹¹⁴ Referente PUA (11).

Figura 13. Figure professionali operanti nei PUA



La Figura 14 presenta la stabilità contrattuale e la possibile esternalizzazione del servizio. Quanto all'inquadramento contrattuale, ove la durata del contratto è nota, solo una minima parte dei lavoratori è inserito con un contratto a tempo determinato (5.9%), contro una percentuale considerevole di lavoratori con contratto indeterminato (37.9%).

Figura 14. Durata contrattuale e datore di lavoro degli operatori PUA



Riguardo al datore di lavoro, il 45% dei dipendenti è assunto dal Distretto sociosanitario, il 44% dall'ASL, il 5% dal Comune, l'1% dal Consorzio (il restante 5% non è noto). Nella figura si nota anche che il servizio è esternalizzato (in appalto o in affidamento diretto) e quindi il datore di lavoro non è un ente pubblico nel 27.5% dei casi, mentre nel 34.6% dei casi i lavoratori sono assunti internamente.

Questa variabilità nei contratti lavorativi ha il suo parallelo nell'eterogenea gestione delle risorse umane all'interno dei PUA tra le varie ASL, riflettendo assetti organizzativi, disponibilità di personale e modelli di *governance* differenti, in base a quanto affermano i referenti intervistati. In alcuni casi, vi è una gestione diretta da parte dei Distretti, compartecipata dai Comuni che mettono a disposizione gli assistenti sociali¹¹⁵. In altri è invece in corso un processo di progressiva internalizzazione del personale relativo al servizio sociale, che in passato era prevalentemente esternalizzato¹¹⁶: oggi le

¹¹⁵ Referente PUA (10).

¹¹⁶ Referente PUA (1).

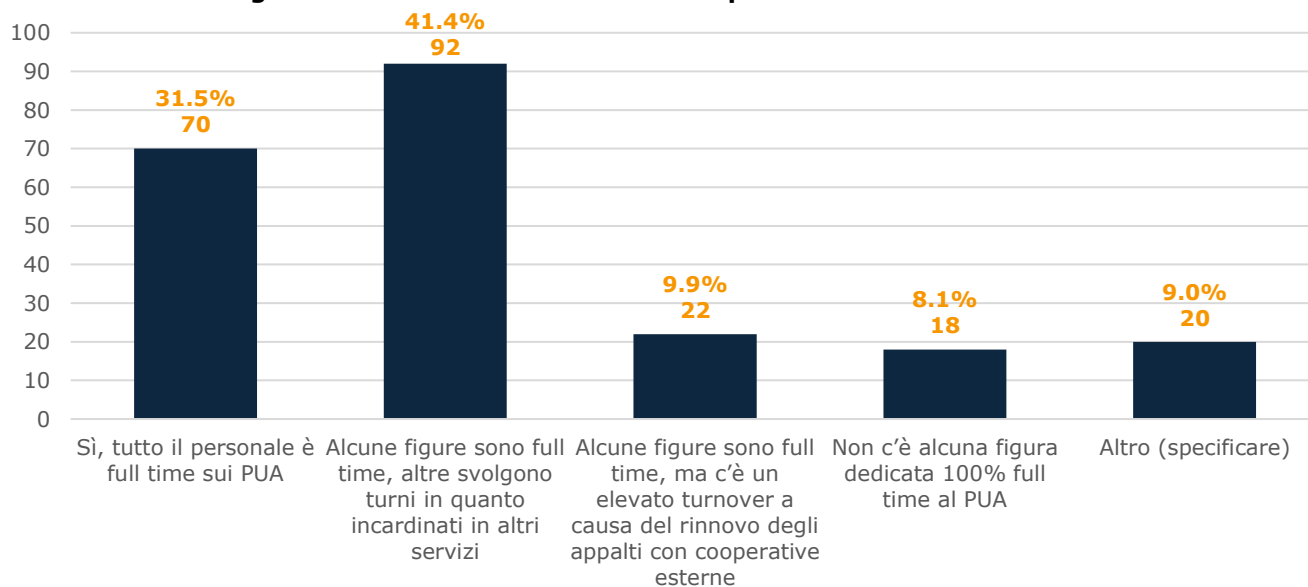
risorse (ad eccezione di quelle afferenti al segretariato sociale) sono dipendenti dell'ASL, in un'ottica di maggiore integrazione funzionale.

In alcune aziende il referente riporta una maggiore strutturazione dei PUA, con la presenza di un dirigente, un infermiere, un assistente sociale ASL e un assistente sociale del Comune, mentre i PUA periferici (comunali, "spoke") spesso svolgono esclusivamente attività di *front-office* con una figura amministrativa o un assistente sociale.¹¹⁷ Ci sono poi aziende in cui buona parte del personale è fornito da una cooperativa esterna, con un alto tasso di turnover che mina la continuità assistenziale.¹¹⁸ Il referente di un'azienda sanitaria riporta la composizione del personale nelle figure di un assistente sociale ASL (a tempo pieno, con contratto indeterminato) e di un infermiere (a tempo pieno o part-time), spesso condivisi con l'ADI, mentre i Comuni garantiscono nei PUA principali la presenza costante di operatori sociali tramite cooperative; nei PUA periferici, la co-presenza ASL-Comune è auspicata ma non sempre garantita¹¹⁹.

Alcuni operatori segnalano infine alcune **difficoltà nel coinvolgimento di servizi esterni al PUA**, erogati presso lo stesso stabile o in altre strutture dell'assistenza territoriale, con cui non sempre le comunicazioni sono efficaci, con il rischio di ritardi nelle procedure di backoffice, e.g. nelle convocazioni della UVM¹²⁰.

A causa della diversa natura contrattuale e dell'assegnazione ai singoli PUA stabilita in modo eterogeneo, la continuità della presenza del personale operativo non è sempre garantita. La Figura 15 mostra in che misura il personale operante nei PUA riporta una presenza continuativa del servizio all'interno del proprio PUA di riferimento.

Figura 15. Presenza continuativa del personale all'interno del PUA



Quasi un rispondente su tre (31.5%) riporta la presenza full time di tutto il personale PUA. Nel 41.4% dei casi, i rispondenti segnalano la presenza sia di personale full time che part time nei PUA, in quanto incardinati anche in altri servizi. Il 9.9% dei rispondenti riporta un elevato turnover, causato da frequenti rinnovi negli appalti con cooperative esterne.

Anche nel corso delle interviste semi-strutturate e dei Focus Group sono state riscontrate delle difficoltà nell'assegnazione stabile delle risorse, in attesa di nuove assunzioni legate all'attivazione

¹¹⁷ Referente PUA (5).

¹¹⁸ Referente PUA (8).

¹¹⁹ Referente PUA (6).

¹²⁰ Focus Group 3, con particolare riferimento alla neuropsichiatria infantile.

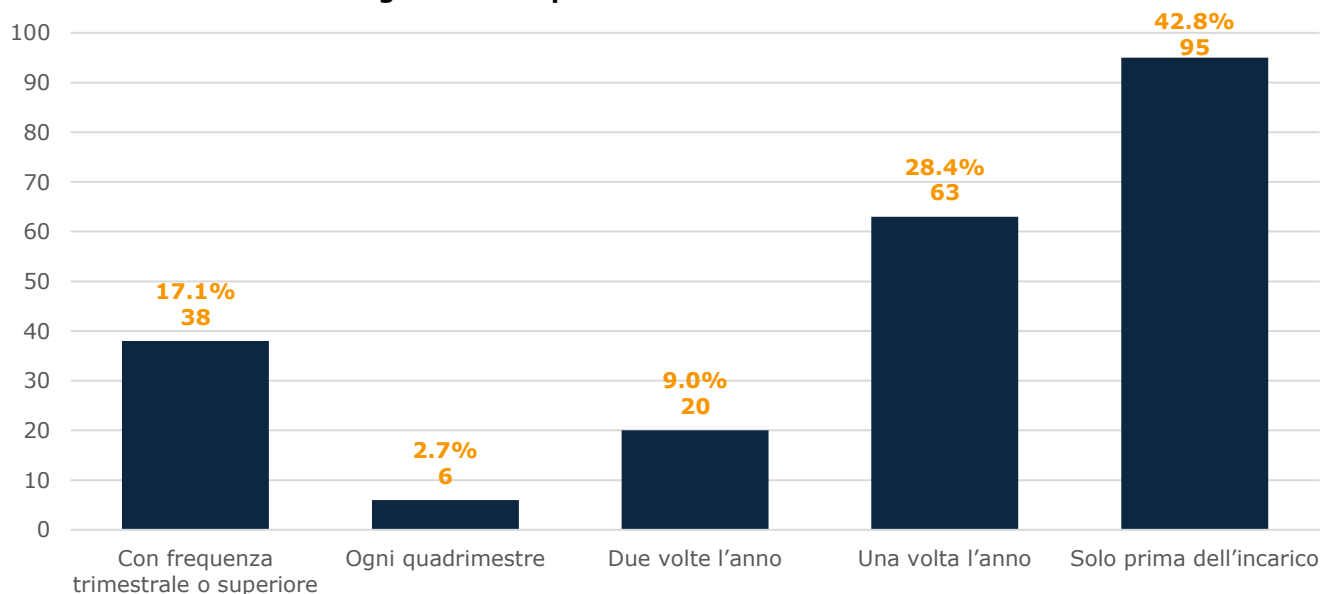
delle Case della Comunità: molti assistenti sociali comunali sono assunti a tempo determinato tramite fondi FNA o tramite cooperative¹²¹; talvolta le assistenti sociali dei Distretti sociosanitari (Consorzi o Municipi di Roma) prestano attività al PUA solo in regime part time, e a volte è difficile una programmazione pluriennale dal momento che i finanziamenti per le assunzioni (tra cui il FNA) non sono attualmente confermati dal governo¹²². In diversi casi le criticità sono legate all'assenza o alla discontinuità della presenza di una figura medica (ad es. il medico del CAD o il Medico di Medicina Generale) che possa fungere da riferimento stabile per il PUA¹²³.

Ciononostante, il personale che ha preso parte al questionario per quasi tre quarti (74.8%, n=166) ritiene che il monte ore lavorativo nei PUA sia adeguato (57.2%, n=127) o molto adeguato (17.6%, n=39) per lo svolgimento delle rispettive competenze, mentre meno di un quinto (il 18.0%, n=40) trova che sia inadeguato e l'1.4% (n=4) molto inadeguato.

3.2.1.3 Formazione delle risorse

Le evidenze raccolte in merito alla formazione specifica del personale impiegato nei PUA segnalano una generale carenza di percorsi strutturati e continuativi. Secondo quanto riportato dalla maggior parte dei Referenti PUA, le competenze necessarie allo svolgimento delle attività vengono acquisite prevalentemente "sul campo", attraverso l'esperienza operativa quotidiana, piuttosto che mediante una formazione iniziale dedicata o percorsi periodici di aggiornamento professionale. Tale elemento assume particolare rilievo nella valutazione dell'efficienza del servizio, poiché la capacità dei PUA di utilizzare in modo appropriato le risorse professionali disponibili dipende anche dal livello di preparazione degli operatori, dalla conoscenza condivisa delle procedure e dalla possibilità di disporre di competenze omogenee tra territori e profili professionali.

Figura 16. Frequenza della formazione ricevuta



I dati riportati nella Figura 16 confermano che la formazione del personale PUA non avviene, nella maggior parte dei casi, su base regolare. Il 71,2% degli operatori rispondenti dichiara infatti di ricevere formazione solo una volta l'anno oppure esclusivamente prima dell'assunzione dell'incarico presso il PUA. Più nel dettaglio, il 28,4% riferisce di essere formato con cadenza annuale, mentre il 42,8% dichiara di aver ricevuto formazione soltanto nella fase precedente all'avvio dell'incarico.

¹²¹ Referente PUA (11).

¹²² Focus Group 2, 3 e 4.

¹²³ Focus group 2 e 3.

Le quote di operatori che beneficiano di percorsi formativi più frequenti risultano invece decisamente più contenute. Il 17,1% segnala una formazione con cadenza trimestrale o più ravvicinata, il 2,7% riferisce una formazione quadrimestrale e il 9,0% dichiara di essere formato due volte l'anno. Nel complesso, tali dati evidenziano come la formazione ricorrente rappresenti ancora una pratica minoritaria, con possibili ricadute sulla capacità del sistema di garantire aggiornamento professionale, uniformità procedurale e adattamento alle evoluzioni organizzative del servizio.

L'analisi per profilo professionale consente inoltre di individuare alcune differenze rilevanti. Il personale amministrativo risulta il meno coinvolto in percorsi formativi continuativi: il 71,4% dei rispondenti appartenenti a tale categoria dichiara infatti di aver ricevuto formazione esclusivamente prima dell'assunzione dell'incarico. Una situazione analoga, seppur meno accentuata, riguarda anche gli assistenti sociali, tra i quali il 42,0% segnala una formazione limitata alla fase iniziale, e gli infermieri, per i quali tale quota si attesta al 41,2%.

A fronte di questo quadro generale, si rilevano alcune eccezioni territoriali. Nella ASL Roma 4 sono state attivate iniziative formative riconducibili al programma nazionale ECM, Educazione Continua in Medicina, che consentono almeno a una parte del personale di beneficiare di percorsi di aggiornamento strutturati. Analogamente, nella ASL Roma 5 il Referente PUA segnala la presenza di attività di formazione continua, mantenute anche in un contesto caratterizzato da turnover del personale.

In altri territori, invece, la formazione appare meno strutturata e maggiormente affidata all'esperienza operativa. Nelle ASL di Frosinone e Latina, in particolare, i percorsi di apprendimento risultano prevalentemente riconducibili al learning by doing, soprattutto per il personale esterno o afferente ai Comuni. Anche in altre Aziende sanitarie si registra un modello formativo basato principalmente sull'affiancamento e sull'apprendimento sul campo, talvolta integrato da momenti formativi specifici legati a esigenze organizzative o operative puntuali.

La ASL di Viterbo presenta una configurazione parzialmente diversa: la formazione iniziale ha riguardato gli operatori già in servizio presso i PUA, mentre per i nuovi assunti il percorso di inserimento sembra fondarsi soprattutto su modalità informali, quali l'affiancamento da parte di personale esperto e la partecipazione a corsi mirati, in particolare per l'utilizzo dei sistemi informativi da parte degli operatori di back office¹²⁴.

La formazione del personale dei PUA si realizza prevalentemente attraverso modalità di apprendimento sul campo e affiancamento operativo, integrate solo in alcuni casi da iniziative formative specifiche promosse dai coordinatori o dai referenti del servizio. Ne deriva che lo sviluppo delle competenze professionali appare, almeno in parte, dipendente dall'esperienza maturata dai singoli operatori, dalla qualità dell'affiancamento ricevuto e dalla capacità dei diversi contesti organizzativi di trasferire conoscenze e prassi operative in modo strutturato. Nonostante tale limitata formalizzazione dei percorsi formativi, la percezione espressa dal personale in merito al livello di competenza degli operatori risulta ampiamente positiva. Nel sondaggio, la maggioranza dei rispondenti valuta infatti elevata la competenza del personale, soprattutto con riferimento alla professionalità nella relazione con l'utenza: il 56,3% degli operatori ritiene il personale "perfettamente competente" e il 25,7% "piuttosto competente" su questa dimensione.

Un giudizio favorevole emerge anche rispetto alla capacità di interloquire con i professionisti di altri servizi, elemento particolarmente rilevante per un dispositivo che opera come snodo di accesso, orientamento e integrazione tra componenti sociali, sanitarie e sociosanitarie. In questo ambito, il 37,7% dei rispondenti valuta il personale "perfettamente competente" e il 33,8% "piuttosto competente", indicando un buon livello di raccordo operativo tra il PUA e la rete dei servizi territoriali. Accanto a tale quadro complessivamente positivo, permangono tuttavia alcune aree di fragilità. Una quota non trascurabile di operatori segnala infatti lacune specifiche, in particolare nell'utilizzo delle

¹²⁴ Referente PUA (6).

banche dati e delle tecnologie informatiche: il 13,5% dei rispondenti ritiene il personale “poco competente” e il 2,7% “per nulla competente” su tale dimensione. Criticità, seppure meno accentuate, emergono anche rispetto alla gestione delle procedure operative, rispetto alla quale il 10,4% degli operatori esprime un giudizio di scarsa competenza e lo 0,9% di assenza di competenza.

3.2.1.4 Procedure, strumenti e modulistica

La presenza di regolamenti e procedure formalizzate rappresenta un elemento chiave per l’efficacia dei PUA, ma il quadro regionale si presenta ancora disomogeneo. In alcune ASL, come nella Roma 5, sono stati predisposti regolamenti condivisi, favorendo un’organizzazione stabile, anche grazie all’utilizzo di modelli unificati. Nella ASL di Rieti è presente sia un protocollo operativo per l’elaborazione dei PAI sia la presenza di una UVMU unica. Nella ASL Roma 6 il referente ha riportato la presenza di un corpus di procedure operative condivise, utilizzato come riferimento anche per le cooperative esterne: a parere del referente, questo ha contribuito a ridurre gli ostacoli organizzativi e migliorare la qualità dell’accoglienza. Nel territorio della ASL di Latina, l’amministrazione del Distretto 4 (Fondi) si è dotata di un documento che descrive nel dettaglio le Procedure Operative da seguire nei PUA¹²⁵, indicando i singoli passaggi, dall’accesso alla presa in carico da parte dei servizi, specificando ruoli, responsabilità, tempistiche e modulistica utilizzata. Il documento include anche una lista degli strumenti di valutazione del bisogno degli utenti. La Tabella 9 riporta un quadro dei principali strumenti di valutazione del bisogno sociosanitario, specificando dove siano indicati, oltre a una lista dei moduli utilizzati nelle varie procedure legate alla gestione dei casi.

Tabella 9. Strumenti per la valutazione del bisogno sociosanitario e per la gestione dei casi

(A) Strumenti medici per la valutazione dei bisogni sanitario e sociale		
Strumento	Descrizione	Fonte
PRISMA 7 (Programma di Ricerca sull’Integrazione dei Servizi per il Mantenimento dell’Autonomia)	Breve questionario (sette domande) ideato nell’ambito del <i>Program on Research for Integrating Services for the Maintenance of Autonomy</i> (PRISMA), sviluppato presso il Research Centre on Aging dell’Università di Sherbrooke e l’unità di ricerca geriatrica dell’Università Laval in Québec, Canada. ¹²⁶ Lo scopo principale è quello di individuare rapidamente, in contesti clinici o comunitari, le persone anziane che potrebbero avere disabilità moderate o gravi e che necessitano di ulteriori valutazioni più approfondite. ¹²⁷	Procedure Operative LT4
RUG (Resource Utilization Groups)	Sistema di classificazione dei pazienti sviluppato negli Stati Uniti verso la metà degli anni Ottanta, perfezionato poi in varie versioni (es. RUG-III) ¹²⁸ per supportare la determinazione delle risorse utilizzate nell’assistenza a lungo termine. Permette di classificare i residenti delle strutture per anziani (ad esempio case di cura) in base al livello e tipo di assistenza necessaria, supportando così i sistemi di rimborso come Medicaid o Medicare. ¹²⁹	Procedure Operative LT4
SVaMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane):	Scheda ufficiale di valutazione geriatrica multidimensionale utilizzata in molte regioni italiane, approvata per la prima volta nel 1999. Ha lo scopo di valutare le condizioni mediche, sociali e funzionali delle persone anziane che vivono in comunità e sviluppare un piano di cura integrato, per	Procedure Operative LT4

¹²⁵ Regione Lazio, “Procedure Operative PUA.”

¹²⁶ Raïche et al., “PRISMA-7.”

¹²⁷ Mohamed et al., “The Diagnostic and Predictive Accuracy of the PRISMA-7 Screening Tool for Frailty in Older Adults.”

¹²⁸ Vedi [Resource Utilization Groups | CIHI](#).

¹²⁹ Mitty, “Resource Utilization Groups. DRGs Move to Long-Term Care.”

	esempio per l'accesso a servizi domiciliari o RSA. ¹³⁰ Su questa scala è stato sviluppato anche l'indice prognostico MPI-SVaMA, che predice la mortalità a breve e lungo termine. ¹³¹	
SVaMDi (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con Disabilità)	Versione adattata della SVaMA per le persone con disabilità: una scheda di valutazione multidimensionale specifica per questa popolazione, che riflette l'analoga logica gerontologica della SVaMA ma rivolta agli adulti con disabilità; è utilizzata in contesti di presa in carico sociosanitaria. ¹³²	Procedure Operative LT4
ValGraf (Valutazione Grafica)	Strumento di tipo grafico per rappresentare in modo visivo i bisogni sociosanitari della persona: consente un approccio intuitivo per individuare aree critiche o punti di forza nella situazione assistenziale e facilitare la programmazione. ¹³³	Procedure Operative LT4
InterRai – LTCF Long Term Care Facility	Strumento di valutazione standardizzato e completo sviluppato dal network internazionale <i>interRAI</i> , ¹³⁴ mirato ai residenti delle strutture residenziali a lungo termine (come le RSA). Lo scopo è comprendere i bisogni e le preferenze cliniche, funzionali e sociali della persona.	Procedure Operative LT4
InterRai – HC Home Care	Parte della suite InterRAI, è un assessment validato che permette la pianificazione completa dell'assistenza domiciliare per persone con bisogni cronici o post-acuti.	Procedure Operative LT4
InterRai – CA Contact Assessment	Valutazione di primo livello, utilizzata durante il processo di presa in carico a domicilio, per valutare rapidamente l'urgenza e la necessità di un successivo assessment completo.	Procedure Operative LT4
InterRai – PC Palliative Care	Strumento di valutazione geriatrica-comprensiva dedicato alle persone in fine vita, utilizzabile sia in contesti domiciliari sia ospedalieri. Il suo scopo è migliorare i sintomi, il comfort e la qualità di vita, aiutare nella presa di coscienza della fase terminale: è compatibile con gli altri strumenti interRAI e offre continuità su aree diverse di cura.	Procedure Operative LT4

(B) Moduli e schede per la gestione dei casi

Strumento	Descrizione	Fonte
Scheda di prevalutazione PUA	Strumento sintetico che permette di effettuare una prima analisi e di guidare le prime azioni di orientamento (individuazione del bisogno - semplice e/o complesso, avvio delle procedure per la valutazione multidisciplinare e per i supporti specialistici), nonché le risposte assistenziali immediate e urgenti. La scheda raccoglie un primo gruppo di informazioni (anagrafiche, sociorelazionali-ambientali, cliniche, assistenziali, amministrative), propedeutiche alla redazione del fascicolo personale che viene aperto al momento della presa in carico e che diventa la base per lo sviluppo di un linguaggio comune tra le diverse professionalità del settore sociale e di quello sanitario. Tale scheda è finalizzata a orientare gli operatori nella definizione del bisogno (semplice e/o complesso) e, in caso di individuazione di un bisogno complesso, servirà a determinare la composizione dell'équipe multidimensionale che dovrà valutare l'entità del bisogno per decidere il percorso da intraprendere	Allegato D della LR 149/2018

¹³⁰ Scotellaro et al., "Multidimensional Assessment Using a Modified S.Va.M.A Scale, a Pilot Study in Patients Aged 65 or Older."

¹³¹ Morganti et al., "Usefulness of a New Digital Version of the MPI-SVaMA (MPI-SVaMA Digit) in Predicting Short- and Long-Term Mortality in Community-Dwelling Older People."

¹³² Adottata dalla Regione Lazio con Decreto del Commissario ad Acta n. U00306 del 1° ottobre 2014.

¹³³ Vedi [Microsoft Word - Pagina 1_2 Valgraf Comune.doc](#).

¹³⁴ Vedi [InterRAI-IT](#).

Scheda di primo contatto PUA¹³⁵ (o 'scheda di accesso' o 'scheda di accoglienza')	Modulo utilizzato dalle ASL per raccogliere in maniera strutturata e standardizzata i dati anagrafici, clinici e sociali di una persona al momento della sua prima richiesta di presa in carico nel sistema sociosanitario territoriali. È uno strumento essenziale che aiuta operatori sanitari e sociali a valutare, fin dalla prima interazione, il profilo assistenziale della persona: raccoglie elementi utili a inquadrare la situazione, definire la priorità degli interventi e progettare un percorso di cura o supporto personalizzato all'interno della rete sociosanitaria del territorio. Ne esiste una versione elettronica presente nel sistema SIATeSS, che permette di registrare digitalmente il primo set di dati e alimenta la banca dati del sistema sanitario regionale.	ASL Viterbo, Monitoraggio PdZ Maggio 2025
Cartella sociale informatizzata	Dossier elettronico in cui i servizi sociali territoriali registrano tutte le informazioni e gli interventi che riguardano un utente, dalla prima presa in carico fino alla chiusura del caso; consente di condividere i dati fra operatori e monitorare nel tempo i percorsi di assistenza.	Monitoraggio PdZ Maggio 2025
Cartella utente unica	Strumento più ampio, di solito integrato a livello sociosanitario, che raccoglie in un unico fascicolo elettronico tutte le informazioni sociali e sanitarie di un utente, così che i diversi servizi (ASL, Comune, Terzo settore) possano lavorare su un quadro condiviso e aggiornato.	Monitoraggio PdZ Maggio 2025
Progetto/fascicolo personale	Documento di pianificazione individuale che descrive obiettivi, interventi, operatori responsabili e tempi di attuazione per la persona presa in carico: è la traduzione operativa del percorso di cura o del progetto personalizzato di vita, soprattutto per disabili o non autosufficienti.	Monitoraggio PdZ Maggio 2025
Registri del PAI	registri in cui vengono annotate tutte le decisioni prese dall'équipe multidisciplinare, le revisioni periodiche del piano e le modifiche introdotte: servono per la trasparenza e la tracciabilità delle scelte clinico-assistenziali.	Monitoraggio PdZ Maggio 2025
Report diario dell'utenza	Strumento di monitoraggio quotidiano: registra gli eventi significativi, le prestazioni effettuate, i cambiamenti nelle condizioni della persona e le comunicazioni tra operatori, così da avere una cronologia completa dell'assistenza.	Monitoraggio PdZ Maggio 2025
Scheda back office UVMD	Scheda di lavoro interna utilizzata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) per raccogliere dati clinici, sociali e funzionali utili a formulare il giudizio di eleggibilità e definire il PAI	Monitoraggio PdZ Maggio 2025
Scheda di accompagnamento	Modulo utilizzato per indirizzare l'utente da un servizio a un altro (ad esempio da ospedale a RSA, o da PUA a servizio sociale comunale); serve a trasmettere le informazioni cliniche e sociali necessarie per la continuità assistenziale.	Monitoraggio PdZ Maggio 2025
Scheda di invio	Modulo focalizzato sulla richiesta di presa in carico da parte di un altro servizio: contiene la motivazione dell'invio, la valutazione iniziale e gli elementi che giustificano l'attivazione del nuovo servizio.	Monitoraggio PdZ Maggio 2025
Scheda di segnalazione informatica	Strumento digitale con cui un professionista (MMG, assistente sociale, pronto soccorso) segnala un caso al sistema sociosanitario: viene utilizzata per attivare rapidamente il PUA o l'UVMD e garantire che il caso sia preso in carico entro i tempi previsti.	Monitoraggio PdZ Maggio 2025

Fonte: Elaborazione interna sulla base del Monitoraggio dei Piani di Zona e dei Focus Group

¹³⁵ <https://www.asl.vt.it/storage/uploads/forms/b36341fdc0c5506658161b1dbb1d077d.pdf>

Infine, le Procedure Operative del Distretto di Latina 4 includono anche in allegato i seguenti **moduli per facilitare la comunicazione** tra i vari enti coinvolti nella presa in carico del paziente.

- scheda per la segnalazione di un caso proveniente dalla persona interessata, da un suo familiare e da tutti i soggetti che si occupano a qualsiasi titolo della stessa;
- scheda per la segnalazione di un caso complesso con problematiche sociosanitarie proveniente dai PUA spoke (comunali);¹³⁶
- scheda per la segnalazione di un caso complesso con problematiche sociosanitarie proveniente dai MMG, dai PLS e dai medici operanti all'interno di strutture sociosanitarie ed assistenziali, pubbliche e private;
- scheda per la segnalazione di un caso complesso con problematiche sociosanitarie proveniente dai medici dei reparti ospedalieri;

Questa serie di strumenti ha lo scopo di standardizzare e velocizzare le procedure, raccogliere e utilizzare i dati relativi agli utenti presi in carico, monitorare gli accessi e quindi il bisogno dell'utenza, seguire i singoli casi nel proprio percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale. L'utilizzo di modulistica standardizzata, l'adesione a procedure unificate e la condivisione informatica delle informazioni sull'utenza è centrale per garantire un funzionamento adeguato dei Punti Unici di Accesso. La disamina del monitoraggio dei piani di zona ha permesso di evidenziare come Distretti e ASL differenti utilizzino spesso strumenti diversi, o adottino una nomenclatura non condivisa nel report delle proprie attività. Ad esempio, nel caso della Scheda di prelievazione, prevista dalla DGR 149/2018, diversi distretti sociosanitari affermano di aver modificato o rielaborato la scheda presente in allegato alla Delibera suddetta, in modo da adattarla alle varie esigenze riscontrate (per renderla conforme alla serie di dati caricati sulla piattaforma SIATeSS, o per distinguere la sezione anagrafica dalla sezione in cui vengono raccolti i dati di carattere socioassistenziale dell'utente)¹³⁷.

A questo si aggiungono diverse **criticità**, segnalate dai vari referenti intervistati. Nella ASL di Latina (distretto 5 Sud Pontino) si riscontrano varie difficoltà procedurali: tutte le comunicazioni avvengono via e-mail, senza applicativi informatici per gestire le domande. Similmente, nella ASL di Frosinone un insieme di procedure di riferimento è del tutto assente (e il referente sentito auspica un maggior coordinamento con gli ATS, tramite la stipula di protocolli d'intesa). Nella ASL Roma 4 è avvertita la necessità di avere delle linee guida aggiornate, mentre invece gli scambi informativi con la COT regionale sono ritenuti efficaci.

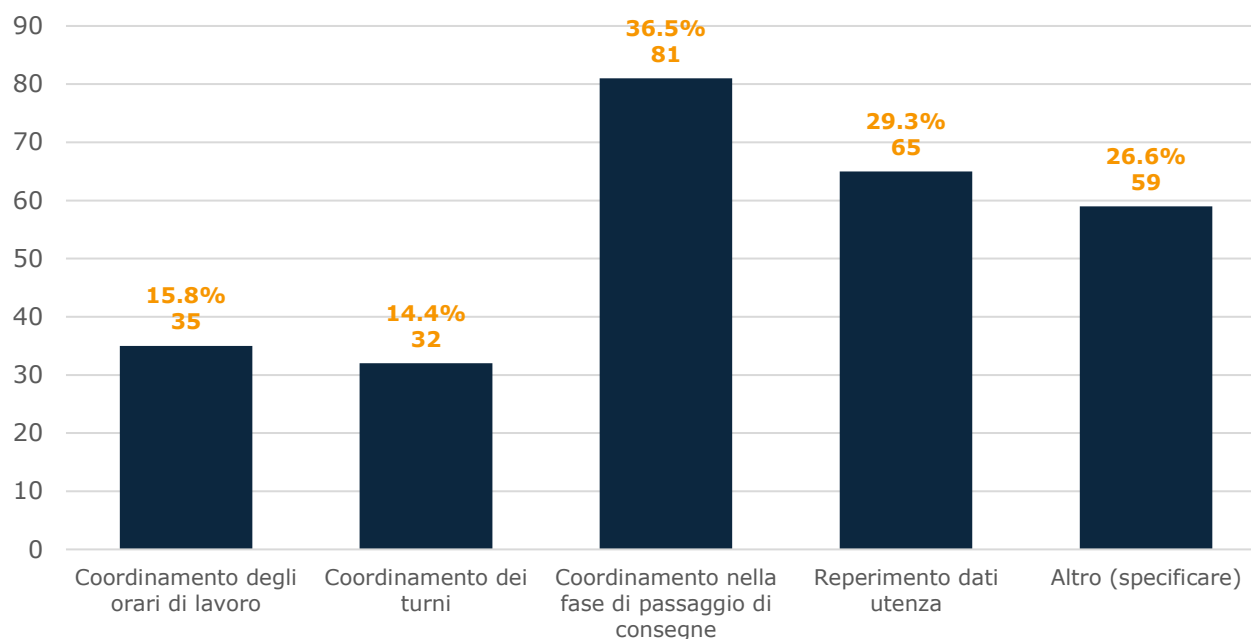
In considerazione di tali variabilità e difficoltà nell'utilizzo dei vari sistemi di comunicazione, il personale PUA dedica molto tempo ad attività non direttamente correlate al rapporto con l'utenza. Se una parte significativa dei rispondenti dedica meno del 20% del proprio tempo a queste attività, una percentuale altrettanto rilevante dichiara di dedicare più del 50% del tempo a compiti amministrativi. Ad esempio, il 25% dei rispondenti dedica tra il 40% e il 60% del proprio tempo a tali attività, e un 20% degli intervistati dichiara di dedicare tra il 60% e l'80% del tempo a compiti non direttamente collegati. Questi dati indicano una significativa disparità nel carico di lavoro amministrativo tra i vari operatori dei PUA, che si concentra sul personale amministrativo e medico (due medici su sei affermano di impiegare l'80% del proprio tempo in queste attività).

Nello svolgimento delle proprie professionalità all'interno dei PUA, il personale riscontra una serie di difficoltà, come illustrato nella Figura 17.

¹³⁶ Si veda la sezione 2.2.3 per la descrizione del modello Hub & Spoke.

¹³⁷ Focus Group 1 e 2. Si veda anche la sezione 3.2.1.2 più sopra.

Figura 17. Principali difficoltà incontrate nello svolgimento del proprio ruolo



L'analisi delle difficoltà operative segnalate dal personale PUA evidenzia come le principali criticità riguardino soprattutto il coordinamento interno e la gestione delle informazioni sull'utenza. La difficoltà più frequentemente indicata **concerne il passaggio di consegne tra operatori**, segnalato dal 36,5% dei rispondenti. Tale dato suggerisce che la continuità informativa tra professionisti rappresenti una dimensione organizzativa particolarmente rilevante per il funzionamento del servizio, soprattutto nei contesti caratterizzati da turnazioni, équipe multiprofessionali o presenza di personale afferente a enti diversi.

La seconda criticità maggiormente ricorrente **riguarda il reperimento dei dati dell'utenza**, indicato dal 29,3% dei rispondenti. Tale aspetto richiama il tema più ampio della disponibilità, accessibilità e interoperabilità delle informazioni necessarie alla gestione dei casi, con possibili ricadute sull'efficienza delle attività di front office, back office e orientamento verso i servizi competenti. Risultano invece meno problematici il coordinamento degli orari di lavoro, segnalato dal 15,8% del campione, e la gestione dei turni, indicata dal 14,4%, che pur rappresentando elementi organizzativi da presidiare non emergono come le principali fonti di criticità percepita.

Oltre un quarto dei rispondenti, pari al 26,6%, segnala ulteriori problematiche riconducibili a fattori organizzativi, professionali e di integrazione tra servizi. Una prima area riguarda **la carenza di risorse umane**, indicata da 15 rispondenti, pari al 6,8% del campione. In tale ambito vengono richiamate, in particolare, carenze di personale amministrativo, sanitario e sociale, casi di turnover eccessivo e, in una segnalazione, l'assenza dell'assistente sociale del Municipio. Tali elementi possono incidere sulla continuità del servizio e sulla possibilità di garantire una gestione stabile e integrata dei percorsi dell'utenza.

Una terza area di criticità concerne aspetti organizzativo-gestionali, richiamati dal 4,5% dei rispondenti. In particolare, alcuni operatori segnalano **l'assenza di protocolli o procedure sufficientemente chiare, mentre altri evidenziano la necessità di svolgere attività non pienamente coerenti con il proprio incarico**, soprattutto di natura amministrativa. Ulteriori segnalazioni riguardano difficoltà di coordinamento con servizi esterni e l'assenza di una distinzione organizzativa tra orario di presenza fisica e reperibilità telefonica.

Ulteriori problematiche attengono all'integrazione sociosanitaria, indicata dal 4,1% dei rispondenti. In questo ambito, le segnalazioni riguardano soprattutto ostacoli nella presa in carico da parte di altri servizi, difficoltà di raccordo con il Municipio o tra componente sociale e sanitaria e, in un caso, il mancato svolgimento di tutte le funzioni attribuite al PUA. Si tratta di elementi che incidono

direttamente sulla capacità del servizio di operare come snodo effettivo tra i diversi livelli della rete territoriale.

A tali criticità si aggiungono ulteriori segnalazioni puntuali relative **al carico di lavoro, all'accesso alle banche dati da parte degli operatori non afferenti alle ASL**, alla gestione del PUA secondo un **"modello prevalentemente infermieristico"**¹³⁸ e alla difficoltà di assicurare una gestione coerente di due PUA insistenti sul medesimo distretto. Di contro, il 9,0% dei rispondenti dichiara di non rilevare difficoltà particolari nello svolgimento delle attività.

La domanda relativa alle principali aree di miglioramento conferma e rafforza il quadro appena delineato. Il personale PUA individua, infatti, nella comunicazione tra servizi e nella gestione dei dati le dimensioni più critiche per il miglioramento dell'efficienza complessiva del sistema. La difficoltà nella comunicazione tra dipartimenti, servizi e soggetti coinvolti nella presa in carico è segnalata da quasi due terzi dei rispondenti, pari al 64,9% del campione. Tale dato evidenzia come il coordinamento interistituzionale e interprofessionale rappresenti uno dei principali fattori abilitanti, ma anche uno dei maggiori punti di fragilità, del funzionamento dei PUA. Seguono, tra le criticità maggiormente indicate, la difficile reperibilità dei dati dell'utenza, segnalata dal 28,4% dei rispondenti, e l'insufficiente formazione e aggiornamento del personale, indicata dal 27,5%. A tali evidenze si aggiungono alcune risposte classificate nella categoria "altro", ma riconducibili ai medesimi ambiti, in particolare con riferimento ai sistemi informativi e alla formazione. Ciò conferma che la qualità degli strumenti digitali, l'accesso alle informazioni e l'aggiornamento professionale costituiscono dimensioni centrali per migliorare l'efficienza operativa del servizio. Un ulteriore elemento critico riguarda i tempi di attivazione della UVM/UVMD, indicati dal 21,6% dei rispondenti. Tale dato segnala che, pur non rappresentando la criticità più frequente, la tempestività della valutazione multidimensionale rimane un aspetto rilevante per la capacità del PUA di fornire risposte appropriate ai bisogni complessi.

Le problematiche legate all'accessibilità fisica e organizzativa del servizio sono segnalate dal 12,2% dei rispondenti, cui si aggiunge una ulteriore risposta, riportata nella categoria "altro", relativa all'assenza di una sala d'attesa e a una collocazione ritenuta non adeguata. Infine, l'inadeguatezza del PAI e degli orari di apertura viene indicata da quote più contenute del campione, rispettivamente pari al 9,0% e al 5,0%.

Figura 18. Criticità relative al funzionamento dei PUA secondo il personale



¹³⁸ Espressione utilizzata da uno dei professionisti che hanno risposto al questionario, precisamente avvalendosi di una risposta non codificata "Altro" e che sarebbe interessante approfondire (NdA).

3.2.2 La condivisione di dati e informazioni degli utenti

L'insieme dei dati relativi all'utenza dei PUA viene organizzato e gestito in diverse banche dati, non sempre fra loro compatibili o fra loro comunicanti, determinando spesso delle inefficienze e delle difficoltà. In particolare, la gestione e la condivisione dei dati tra i servizi sanitari e quelli sociali rappresentano uno degli aspetti più critici per l'operatività dei PUA.

Dal monitoraggio dei Piani di Zona di marzo 2025, si riscontra l'utilizzo di vari strumenti per la comunicazione e la condivisione dei dati. Oltre al contatto **personale**, scambi **e-mail** e **telefonici**, sono frequentemente menzionati nei rapporti presentati dai singoli distretti **l'archiviazione in cloud**, la **banca dati delle risorse territoriali** e la **cartella sociale informatizzata**, oltre a una serie di **software gestionali**.

I principali applicativi utilizzati per l'inserimento, il trattamento e la conservazione dei dati dell'utenza per sono:

- **SIATeSS (Sistema Informativo per l'Assistenza Territoriale Sociale, Sanitaria e Sociosanitaria):**¹³⁹ sistema informativo regionale del Lazio per la gestione dell'assistenza territoriale e sociale, sviluppato per integrare dati sanitari e sociali.
- **SIGeSS (Sistema informativo per la gestione dei Servizi Sociali):**¹⁴⁰ sistema informativo per la gestione dei servizi sociali (cartelle sociali, PUA, UVMD), che si connetterà al SIATeSS per l'integrazione sociosanitaria.
- **MS Excel:** foglio di calcolo usato per elaborare dati, fare reportistica e monitoraggi personalizzati fuori dai sistemi ufficiali.
- **MS Access:** database relazionale usato per archiviare e interrogare dati su piccola scala, spesso per progetti specifici o esigenze locali.
- **SiCare:** piattaforma regionale per la gestione dei caregiver familiari e delle misure di sostegno alla domiciliarità.
- **Google Drive:** piattaforma cloud per l'archiviazione e la condivisione di documenti, usata in modo informale per scambiare file tra operatori.
- **Halley:** uno dei software gestionali acquisiti autonomamente dai Comuni tra le cui funzionalità è inclusa la gestione della **Cartella Sociale Informatizzata**, strumento che consente di registrare interventi, PAI e dati degli utenti dei servizi sociali.
- **Media CRM:** modulo dei gestionali che centralizza e traccia comunicazioni, documenti e contatti relativi agli utenti, garantendo tracciabilità e accesso condiviso tra operatori.

¹³⁹ La Regione Lazio con determinazione n. G08148 del 10/07/2020 e determinazione n. G10831 del 23/09/2020 ha affidato alla LAZIOcrea (Responsabile del Trattamento già designato) la realizzazione del Sistema Informativo per l'assistenza territoriale sociale e sociosanitaria SIATeSS.

¹⁴⁰ Il SIGeSS è uno dei sistemi informativi regionali dell'ambito sociale frutto dell'attuazione di quanto disposto con DGR 30 luglio 2021, n. 527 "Articolo 49 della L.r. 11/2016. Realizzazione Sistema Informativo dei Servizi Sociali - SISS" che configura l'architettura generale del Sistema Informativo dei Servizi Sociali (SISS). IL SISS si compone dei seguenti sistemi informativi:

- **SIGeSS** - Sistema Informativo per la Gestione dei Servizi Sociali;
- **ASSA** - Anagrafe Strutture Socio Assistenziali. permette di acquisire in tempo reale i dati sulle strutture socio assistenziali autorizzate ed accreditate sul territorio regionale, dunque la conoscenza dell'offerta delle strutture e dei servizi autorizzati al funzionamento e/o accreditati, nonché la costante verifica dello stato delle strutture stesse;
- **PPSZ** - Piattaforma Piani Sociali di Zona che consente il caricamento da parte degli Uffici di piano dei distretti socio-sanitari di tutte le informazioni, i dati e la documentazione relativi alla programmazione delle attività e degli interventi previsti nel proprio Piano Sociale di Zona, codificati in base al Nomenclatore regionale;
- **SIRSE** - (Sistema Informativo Regionale dei Servizi Educativi) integra la conoscenza dell'offerta delle strutture e dei servizi autorizzati al funzionamento e/o accreditate di ASSA con i servizi educativi per la prima infanzia (d'ora in avanti "Servizi") della Regione Lazio.

La dgr 527/2021 è stata implementata ulteriormente con Determinazione 10 Marzo 2022, n. G02801. Approvazione Dello Schema Di Convenzione Tra La Regione Lazio e i Distretti Socio Sanitari per l'utilizzo del Sistema Informativo per La Gestione Dei Servizi Sociali - SIGeSS.

Nell'Allegato 2. *Software utilizzati per la gestione dei dati dell'utenza* si trova un quadro riassuntivo comprendente la finalità, il tipo di dati e il grado di integrazione con il sistema sanitario per ciascuna piattaforma.

Nella maggior parte dei casi, all'interno dei PUA viene utilizzato in maniera limitata il sistema **SIATeSS**, su cui sono presenti prevalentemente le informazioni inerenti al quadro clinico dell'utente. Il **SIATeSS** ha il vantaggio di poter essere utilizzato anche dalla Centrale Operativa territoriale (COT), con la quale possono quindi esserci comunicazioni efficaci sul setting terapeutico dell'utente.¹⁴¹ Il limite del SIATeSS rispetto all'integrazione sociosanitaria è che al proprio interno si trovano prevalentemente informazioni legate all'anagrafica dell'utente e alla patologia prevalente, per la quale è stata effettuata la presa in carico iniziale da parte di uno dei servizi territoriali¹⁴², mentre non vi è una sezione dedicata al contesto sociale dell'utente, ricostruito durante la prevalutazione. Inoltre, il SIATeSS è spesso utilizzato per i casi che prevedono una ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), i cui dettagli sono generalmente inseriti direttamente dal medico del CAD (Centro di Assistenza Domiciliare): gli operatori PUA utilizzano i dati a sistema spesso in fase di lettura, al fine di ricostruire il quadro clinico dell'utente, ma senza modificare o inserire nuovi dati¹⁴³. In alcuni casi, vista la mancata interoperabilità del SIATeSS con gli altri strumenti a disposizione, gli operatori preferiscono evitare del tutto l'utilizzo di questa piattaforma¹⁴⁴. Infine, in ogni caso il SIATeSS non consente in ogni caso una ricostruzione completa della storia clinica dell'utente, per la quale gli operatori devono comunque confrontarsi con altri servizi via mail o telefono durante le attività di *back office*¹⁴⁵.

La Regione Lazio, tramite Lazio Crea, ha messo a disposizione dei Distretti sociosanitari la piattaforma **SIGeSS**, che presenta un'interoperabilità con il SIATeSS ed è per lo più utilizzato dagli assistenti sociali dei distretti (Consorzi o Comuni, e relative cooperative appaltate)¹⁴⁶. L'utilizzo del SIGeSS è però ancora circoscritto ad alcuni distretti sociosanitari in fase sperimentale e non ancora del tutto a regime¹⁴⁷. In alcuni distretti è avvenuta la formazione del personale ma lo strumento informatico non è ancora disponibile per il personale¹⁴⁸.

Talvolta i distretti scelgono di appoggiarsi alla piattaforma **SiCare**, principalmente dedicato ai servizi di assistenza domiciliare sociale (SAD), ma adattato alle informazioni e ai percorsi avviati al PUA. In vista dell'adozione del SIGeSS su larga scala, diversi distretti preferiscono non utilizzare SiCare per la gestione dei casi PUA¹⁴⁹. Al momento la piattaforma non risulta presentare interoperabilità con il SIGeSS e il SIATeSS.

In diversi Distretti sociosanitari viene inoltre utilizzata la piattaforma **SIRA**, in cui vengono registrate le informazioni circa gli ingressi in RSA, principalmente gestiti dal CAD, il cui medico è spesso il punto di riferimento operante nel PUA¹⁵⁰. Al momento la piattaforma non risulta presentare interoperabilità con il SIGeSS e il SIATeSS.

Viste le lacune informative e la limitata interoperabilità delle varie piattaforme, nella maggior parte dei PUA sono state adottate soluzioni alternative, attraverso la predisposizione di **fogli Excel** in cui raccogliere i dati relativi all'utenza. Generalmente vi è almeno un file con i dati relativi all'anagrafica e alla ricostruzione del quadro clinico e del contesto sociale dell'utente (esito della prevalutazione), cui si aggiunge un file distinto in cui sono inserite solo le informazioni circa la protocollazione delle varie istanze e/o per raccogliere statistiche interne circa il numero degli accessi presso il PUA¹⁵¹. Nella

¹⁴¹ Focus Group 2.

¹⁴² Focus Group 3.

¹⁴³ Focus Group 2.

¹⁴⁴ Focus Group 4.

¹⁴⁵ Focus Group 1.

¹⁴⁶ Focus Group 2.

¹⁴⁷ Focus Group 3.

¹⁴⁸ Focus Group 4.

¹⁴⁹ Focus Group 3.

¹⁵⁰ Focus Group 1.

¹⁵¹ Focus Group 2, 3 e 4.

maggior parte dei PUA questi **file Excel sono salvati in loco all'interno dei PC del PUA o del PC del Distretto sociosanitario**¹⁵². Di conseguenza, non vi comunicazione tra distretto e ASL e i dati devono essere aggiornati manualmente, con considerevole consumo di tempo e rischio di errori.¹⁵³ Inoltre, la raccolta di questi dati, essenziali alla rendicontazione delle attività del PUA, presenta delle notevoli disomogeneità tra i vari Distretti, dal momento che non vi è uno standard in cui le voci siano perfettamente compatibili: ciascun distretto elabora il proprio foglio Excel a seconda delle necessità individuate, del tempo a disposizione e della competenza informatica dei singoli operatori. I dati su protocollazioni e accessi sono poi periodicamente trasmessi via mail agli uffici di competenza per consentire il monitoraggio delle attività.

Le interviste hanno confermato una pronunciata frammentazione informativa in tutte le ASL, con sistemi informatici separati e non interoperabili. In diversi casi, i sistemi informatici non sono accessibili alla totalità degli operatori, in particolare per quanto riguarda la reperibilità dei dati sanitari da parte del personale ATS e del personale esternalizzato. Nella ASL di Frosinone, ad esempio, non c'è alcuna integrazione formale tra sociale e sanitario. Si lavora solo per caso specifico, senza processi sistematizzati né banche dati condivise. Nella ASL Roma 5 le banche dati sono per lo più mantenute in formato cartaceo, con problematiche legate alla privacy e senza piattaforme comuni. Nella ASL Roma 4, ci si affida principalmente a scambi via e-mail, ma non c'è piena visibilità sulle iniziative sociali in atto.¹⁵⁴ Nel distretto di Latina 2 sono segnalati due software distinti (*Media CRM* per il sociale¹⁵⁵ e *Microsoft Access* per il sanitario¹⁵⁶), che non comunicano tra loro; inoltre, il personale della cooperativa non ha accesso ai sistemi ASL, il che limita ulteriormente l'efficacia della presa in carico integrata. In alcuni casi, come nella ASL Roma 2, il servizio sociale PUA si è organizzato autonomamente creando una scheda *ad hoc* per monitorare gli accessi e raccogliere i primi dati, che sono inseriti su fogli Excel e su Access. Anche nella ASL Roma 6 la situazione è complessa: in tale contesto vengono utilizzati fogli Excel per monitorare gli accessi, mentre le cooperative in appalto producono dei rendiconti mensili (comprensivi di numero degli accessi, provenienza degli utenti e tipologie di bisogni), ma non esiste un sistema unico né un'interoperabilità tra le fonti: i sistemi SIAT e SIATeSS sono usati essenzialmente per la componente sanitaria, mentre per i bisogni sociali non c'è un campo specifico. Nella ASL di Viterbo si riscontrano delle difficoltà nell'inserimento dei dati sociali nelle piattaforme e l'impossibilità per gli operatori comunali di accedere al SIATeSS, oltre al fatto che i PAI sono stampati e disponibili solo in formato cartaceo. Tutti i Referenti PUA concordano sulla necessità urgente di realizzare un sistema informativo integrato, interoperabile, con accessi profilati, formazione specifica e protocolli condivisi per la gestione dei dati. In tal modo sarebbe possibile valorizzare ulteriormente il ruolo strategico dei PUA nella rete dei servizi sociosanitari¹⁵⁷.

Il personale dei PUA, nella risposta al questionario, ha sottolineato la presenza di diverse difficoltà, confermando l'impressione generale emergente dalle interviste, come presenta la Figura 19.

¹⁵² Focus Group 1, 2, 3 e 4.

¹⁵³ Focus Group 2.

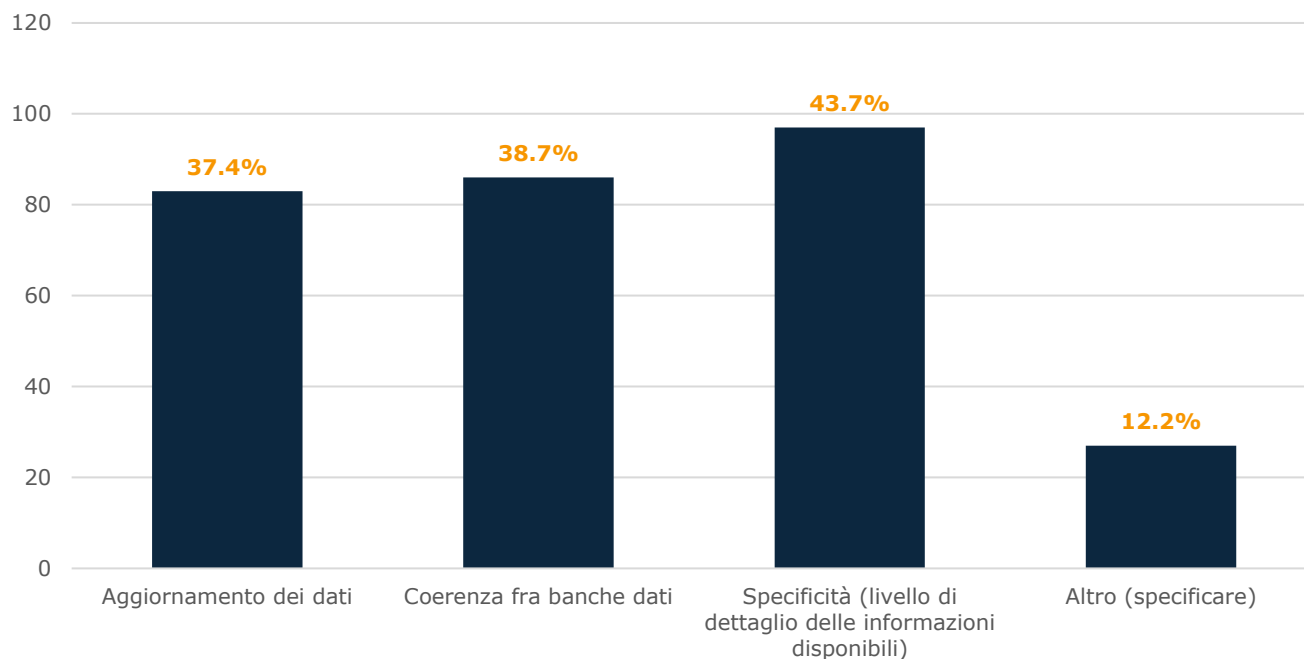
¹⁵⁴ Non sono inserite a sistema, ad esempio, le forme di assistenza attivate sull'utente, come il caregiver, il fondo autismo, l'home care premium, l'e-family.

¹⁵⁵ I dati sul monitoraggio dei PAI e sull'attività del PUA e l'utenza vengono inviati alla Regione ogni 4 mesi.

¹⁵⁶ Soluzione *ad hoc* con cui la referente gestisce in modalità integrata i vari dati di natura sanitaria per renderli fruibili ai vari operatori.

¹⁵⁷ Rimarcato in particolare dai Referenti 8 e 10.

Figura 19. Principali difficoltà nel reperimento dei dati dell'utenza



Una delle problematiche più frequenti, indicata dal 43.7% dei rispondenti (n=97), è legata all'insufficiente specificità delle informazioni disponibili agli operatori. Un altro 38.7% (n=86) menziona l'incoerenza tra diverse banche dati utilizzate come un ostacolo significativo. Altri rispondenti, pari al 37.4% (n=83), ritengono problematico lo scarso aggiornamento dei dati. Altre difficoltà sono menzionate da un 12.2% complessivo dei rispondenti (n=27). Queste includono: difficile o impossibile inter-comunicabilità tra diverse banche dati (n=7); inadeguatezza o malfunzionamenti nelle piattaforme o nei sistemi operativi (n=4); difficoltà nell'inserimento dei dati (n=4), a causa delle prese in carico non registrate nel PUA, o della singola registrazione al momento dell'accesso, non più aggiornata; accesso ai dati interdetto (n=2), in particolare per operatori sociali non afferenti alla ASL; inutilizzo o inesistenza delle banche dati (n=2); lunghe tempistiche (n=1). Infine, solo 6 rispondenti non riportano alcuna difficoltà nella gestione dei dati.

A conferma della problematica principale sollevata dai rispondenti, gli operatori PUA che hanno risposto al sondaggio evidenziano alcune difficoltà nel reperimento dei dati necessari alla gestione dei casi. Sebbene la maggior parte dei rispondenti non riscontri particolari difficoltà (per il 14.0%, n=31 sono facilmente reperibili e per il 45.0%, n=100 sono reperibili con minimo sforzo), una quota significativa del personale PUA ritiene che i dati non siano facilmente accessibili. In particolare, il 30.6% (n=68) riporta che i dati sono reperibili con notevole sforzo e il 10.4% (n=23) non riesce a recuperare i dati necessari.

Queste difficoltà portano gli operatori a rivolgersi spesso ad altri dipartimenti o servizi, aumentando le tempistiche di gestione dei casi e la complessità delle procedure. Dai dati del questionario emerge che la maggior parte del personale è spesso costretta a consultare altri servizi per completare il quadro informativo sugli utenti. In particolare, oltre la metà degli operatori ha una frequenza quotidiana o superiore: il 18.5% (n=41) si rivolge ad altri utenti più volte al giorno, il 32.9% (n=73) quotidianamente. Inoltre, il 21.6% (n=48) si interfaccia settimanalmente e il 9.9% (n=22) mensilmente con gli altri servizi. Solo il 17.1% (n=38) si interfaccia meno di una volta al mese con gli altri dipartimenti allo scopo di reperire i dati necessari. Questa interdipendenza tra diversi dipartimenti e servizi non solo rallenta il processo di raccolta dati, ma può anche portare a discrepanze e incoerenze nelle informazioni raccolte.

In generale, tutte le principali difficoltà riscontrate nella gestione dei dati dipendono dalla già menzionata frammentazione delle piattaforme utilizzate, o dall'inadeguatezza delle piattaforme utilizzate ad ospitare e visualizzare i dati dell'utenza con una sufficiente granularità. Il principale

software utilizzato nel sistema sanitario regionale, il SIATeSS, è funzionale in linea generale per quanto concerne la parte sanitaria, ma presenta una specificità insufficiente per la sfera sociale¹⁵⁸. Molto spesso la necessità di raccogliere dati dettagliati sull'utenza ha condotto i responsabili dei PUA delle varie ASL a sviluppare soluzioni *ad hoc*, sfruttando la Suite Microsoft 365 (con fogli Excel e con database creati su Access), per garantire una completezza delle informazioni. Questi documenti, però, oltre ad essere impostati in modo diverso per ciascun distretto (con alcune eccezioni in cui sono uniformati a livello di Azienda Sanitaria), non sono intercomunicabili e non sono integrabili con i dati dei portali regionali. Inoltre, diversi operatori afferenti ai distretti sociosanitari/ATS hanno riportato difficoltà o impossibilità ad accedere a dati essenziali di carattere sanitario per gli utenti di propria competenza. Ciò avviene perché non vi è alcuna integrazione tra i software gestionali dei Comuni (o dei Distretti sociosanitari), come Halley o CRM, e le piattaforme regionali SIATeSS e SIGeSS.

3.2.3 La risposta alle domande di valutazione

3.2.3.1 In che misura l'organizzazione amministrativa dei PUA facilita o ostacola il funzionamento dei PUA?

Le principali linee di finanziamento dei PUA provengono da fonti nazionali, tra cui, in ordine di rilevanza per il funzionamento dei singoli presidi, il Fondo per le Non Autosufficienze, il Fondo Nazionale Politiche Sociali e il Fondo Povertà. Tali risorse sono integrate dal Fondo Sociale Regionale e, in alcuni casi, da contributi europei destinati a progettualità specifiche.

L'utilizzo di tali canali di finanziamento non presenta tuttavia lo stesso grado di flessibilità rispetto alle diverse voci di spesa connesse al funzionamento dei PUA. Ad esempio, il Fondo per le Non Autosufficienze può consentire il rafforzamento del personale attraverso nuove assunzioni, ma tale possibilità risulta più difficilmente praticabile nei contesti in cui il servizio sia esternalizzato a Enti del Terzo Settore o ad altri soggetti gestori. Inoltre, i rallentamenti nella definizione degli importi complessivi e nella ripartizione regionale del FNA possono incidere negativamente sulla capacità dei Distretti sociosanitari di programmare tempestivamente il fabbisogno di personale e le relative assunzioni.

Nel complesso, i Referenti PUA intervistati tendono a ritenere le risorse economiche disponibili non pienamente adeguate rispetto all'ampiezza delle funzioni assegnate al servizio. Tale percezione trova riscontro anche tra gli operatori, tra i quali circa un terzo segnala carenze nei finanziamenti. La sostenibilità economica dei PUA si configura pertanto come una componente rilevante dell'efficienza, poiché condiziona direttamente la possibilità di garantire continuità operativa, adeguata copertura del personale e omogeneità del servizio sul territorio.

Con riferimento alle risorse professionali, la formazione e la gestione del personale consentono, nella maggior parte dei PUA, di assicurare il livello minimo delle prestazioni rivolte all'utenza. Permangono tuttavia criticità che incidono sull'organizzazione del servizio e sulla sua capacità di operare in modo stabile e continuativo. Uno degli elementi più rilevanti riguarda la difficoltà di garantire la continuità del personale in alcuni presidi, in particolare per quanto concerne gli assistenti sociali, che rappresentano comunque una componente significativa dell'organico complessivo.

Tale discontinuità è riconducibile a diversi fattori, tra cui la diversa natura contrattuale degli operatori e le modalità, non sempre omogenee tra ASL, di assegnazione del personale ai singoli PUA. In alcuni casi, il servizio è esternalizzato a cooperative o altri soggetti gestori che non riescono a garantire stabilità nella presenza degli operatori; in altri, il ricorso a contratti a tempo determinato determina una maggiore fragilità organizzativa. Questa condizione può produrre effetti negativi sia sulla continuità della presa in carico sia sulla costruzione di rapporti fiduciari tra personale e utenza, oltre a incidere sulle prospettive di stabilità lavorativa degli stessi operatori. Tali criticità potrebbero tuttavia attenuarsi nel medio periodo, anche alla luce delle nuove assunzioni previste in connessione con l'attivazione e il potenziamento delle Case della Comunità.

¹⁵⁸ In questo senso, il referente PUA (6) riporta che è prassi, nei PUA della ASL, utilizzare il campo libero dedicato alla sfera sociale per includere le informazioni afferenti a questo ambito. Questo però non contribuisce a determinare il coefficiente che determina la l'entità del bisogno.

La competenza del personale dei PUA è generalmente valutata in modo positivo, tanto sotto il profilo tecnico-professionale quanto nella dimensione relazionale con l'utenza, più volte valorizzata dai rispondenti al questionario. Tuttavia, la formazione specifica rivolta agli operatori risulta spesso saltuaria o del tutto assente. Nella maggior parte dei casi, l'apprendimento avviene prevalentemente sul campo, attraverso l'affiancamento e l'esperienza operativa quotidiana, con sporadiche iniziative di aggiornamento promosse dai coordinatori o dai referenti PUA.

Questa modalità, pur non compromettendo necessariamente la professionalità dei singoli operatori, può determinare un insufficiente allineamento sulle procedure operative da seguire. In termini di efficienza, ciò rappresenta un elemento critico, poiché la mancanza di una formazione sistematica e condivisa può rendere più difficoltosa la comunicazione tra settori, rallentare i processi interni e generare disomogeneità nella gestione delle attività di accesso, pre-valutazione, orientamento e presa in carico.

Le evidenze provenienti dalle interviste ai Referenti, dal questionario agli operatori e dal monitoraggio dei Piani di Zona confermano inoltre la presenza di criticità nell'impianto organizzativo dei PUA. Solo in alcuni casi i Distretti si sono dotati di linee guida dettagliate ed esaustive per la descrizione delle mansioni, delle responsabilità, delle procedure e degli strumenti disponibili per garantire il funzionamento del servizio. Tra gli esempi più strutturati si segnalano alcuni distretti dell'area di Latina, come Latina 2 e Latina 4.

Nella maggior parte dei contesti, invece, l'assenza di linee guida operative determina la mancanza di un riferimento chiaro rispetto alle azioni da intraprendere, alle responsabilità dei diversi attori e alle modalità di gestione dei casi. Tale vuoto organizzativo produce almeno due effetti rilevanti. Da un lato, genera disomogeneità nell'utilizzo della nomenclatura, che risulta non sempre uniforme nei report dei Piani di Zona, rendendo più complesso il monitoraggio da parte della Direzione regionale. Dall'altro, determina una non piena uniformità della modulistica utilizzata nei diversi Distretti sociosanitari.

Dal monitoraggio dei Piani di Zona, ad esempio, non emerge un utilizzo standardizzato dell'Allegato D, relativo alla scheda di pre-valutazione prevista dalla DGR n. 149/2018. Tale strumento viene spesso modificato e adattato alle esigenze dei singoli Distretti, con contenuti, struttura e veste grafica differenti. Alcuni Distretti sociosanitari si sono inoltre dotati di moduli specifici per il passaggio di consegne, quali schede di accompagnamento¹⁵⁹ o schede di invio¹⁶⁰; tuttavia, nella maggior parte dei PUA la comunicazione tra operatori continua ad avvenire in modo prevalentemente informale. Non a caso, il passaggio di consegne rappresenta un elemento critico per oltre un terzo degli operatori interpellati.

Un ulteriore fattore di criticità riguarda il reperimento dei dati dell'utenza, che risente sia della mancata standardizzazione delle procedure sia delle caratteristiche degli strumenti informatici attualmente utilizzati nei diversi Distretti e nelle diverse ASL. In particolare, la ricostruzione del quadro clinico, sociale e sociosanitario dell'utente può risultare laboriosa, poiché richiede spesso contatti telefonici o via e-mail con i diversi servizi presso i quali la persona è già in carico.

In diversi contesti, inoltre, i sistemi informatici non sono accessibili a tutti gli operatori coinvolti nel funzionamento dei PUA. Tale criticità riguarda in modo particolare la possibilità, per il personale degli Ambiti Territoriali Sociali o per il personale esternalizzato, di accedere ai dati sanitari necessari alla gestione integrata del caso. A ciò si aggiunge la frequente assenza di piena interoperabilità tra le banche dati disponibili, che non sempre comunicano tra loro e devono pertanto essere aggiornate separatamente. In alcuni casi, la gestione delle informazioni si fonda su database costruiti ad hoc dal personale PUA, spesso in formato Excel, con conseguenti rischi di duplicazione, disallineamento e perdita di coerenza informativa.

3.3 Rilevanza

La rilevanza esamina in che misura le attività dei PUA rispondono alle esigenze e ai bisogni dell'utenza regionale. Prende in considerazione se e in che modo l'implementazione dei PUA sul territorio regionale

¹⁵⁹ Nei distretti RM1, LT2, LT3, LT4.

¹⁶⁰ Nei distretti RM6.5, FR A (Alatri).

(muovendo dalla definizione dei relativi obiettivi) riesca a rispondere e ad adattarsi adeguatamente alle esigenze e alle sfide attuali e alle esigenze future in ambito sociale (si veda la *Logica dell'intervento* alla sez. 1.3.2.1).

3.3.1 Il PUA e i bisogni degli utenti

Nel contesto della crescente complessità multidimensionale dei bisogni sociosanitari, emergono due tendenze principali. Da un lato, l'invecchiamento della popolazione¹⁶¹ e l'aumento della multicronicità¹⁶² determinano una maggiore esposizione a complicazioni cliniche, perdita progressiva di autonomia e necessità di presa in carico integrata, in particolare tra le persone anziane e le persone con disabilità. Dall'altro lato, gli indicatori relativi alla condizione socioeconomica e all'integrazione sociale non evidenziano miglioramenti significativi, confermando la persistenza di fattori di vulnerabilità che possono incidere sulla capacità delle persone di accedere tempestivamente e in modo appropriato ai servizi.

In tale quadro, l'analisi dei dati regionali consente di dimensionare in modo più puntuale la platea potenzialmente interessata da bisogni sociosanitari complessi. Sulla base di una rilevazione condotta su dati 2023, nella Regione Lazio i pazienti cronici che presentano anche fattori di vulnerabilità socioeconomica sono oltre 192.000, pari al 12,8% della popolazione con patologie croniche e al 3,5% dell'intera popolazione regionale¹⁶³. Una stima riferita al 2020, costruita a partire dai dati demografici ISTAT¹⁶⁴ individua una platea analoga, pari a circa 192.500¹⁶⁵ pazienti cronici in condizione di vulnerabilità socioeconomica. Nello stesso anno, i PUA della Regione Lazio hanno registrato 132.280 accessi.

Il confronto tra la consistenza della popolazione potenzialmente vulnerabile e il volume degli accessi ai PUA suggerisce la rilevanza strategica di un presidio territoriale capace di intercettare bisogni complessi e orientare l'utenza all'interno della rete dei servizi. Tale esigenza risulta ancora più evidente alla luce delle frizioni che possono limitare l'accesso universale alle cure e ai servizi, tra cui vincoli normativi, tempi di attesa prolungati, difficoltà nel raggiungimento delle strutture sanitarie e condizioni non sempre ottimali degli edifici e degli spazi di accoglienza.

In questo scenario, un intervento sociosanitario di prossimità, orientato a garantire un accesso unitario, integrato e semplificato ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, appare non solo opportuno, ma pienamente coerente con l'evoluzione dei bisogni territoriali. Il PUA assume pertanto rilevanza quale dispositivo di accesso, orientamento e raccordo, in grado di facilitare la fruizione dei servizi e di contribuire alla gestione coordinata dei casi complessi.

Dalle interviste ai Referenti PUA emerge che il principale valore aggiunto del servizio è riconducibile alla sua funzione di accesso unico, inclusivo e qualificato alla rete dei servizi sociosanitari. In diversi contesti, il PUA viene descritto come un punto di riferimento stabile e facilmente accessibile, anche senza appuntamento, nel quale l'utente può essere accolto in modo personalizzato e accompagnato nelle diverse fasi del percorso: dall'individuazione del bisogno all'orientamento verso i servizi competenti, fino all'eventuale attivazione di interventi più articolati.

Tra gli elementi distintivi del modello vengono richiamate, in particolare, la semplificazione dell'accesso e la capacità di ridurre il carico amministrativo per l'utenza. In alcuni territori, tale semplificazione si traduce nella possibilità di evitare passaggi ridondanti, contenere i tempi di attesa e fornire risposte rapide, anche rispetto a bisogni complessi. A ciò si aggiunge la multidisciplinarietà delle équipe, che

¹⁶¹ In 10 anni la percentuale di persone over 65 nella Regione Lazio è aumentata del 2.9%.

¹⁶² Nel 2022 la multicronicità presentava una prevalenza del 9,8% nella Regione Lazio.

¹⁶³ Piano Di Programmazione Dell'assistenza Territoriale 2024 - 2026.

¹⁶⁴ La popolazione della regione Lazio era di 5.714.745 unità nel 2023 e di 5.730.399 unità nel 2020. Cfr. ISTAT, "Censimento Lazio 2020"; ISTAT, "Censimento Lazio 2023."

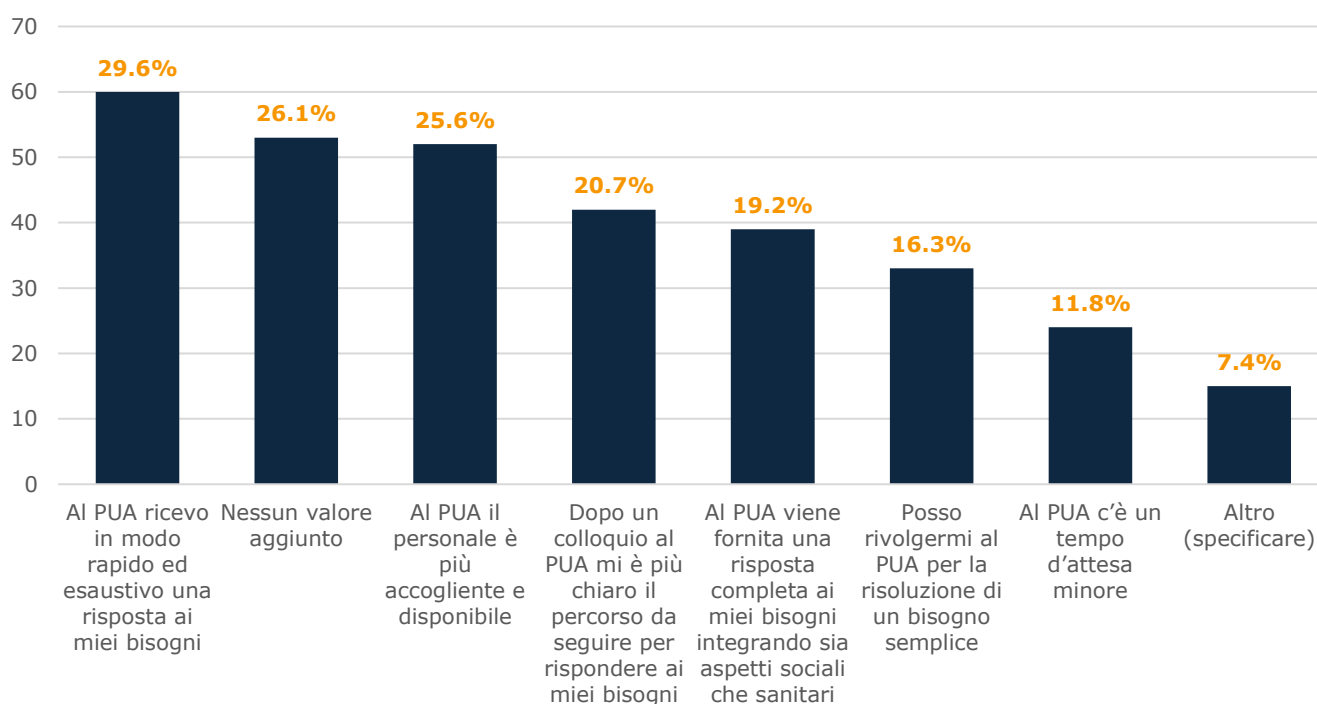
¹⁶⁵ È stata mantenuta la stima di 192.000 persone per il 2023 ed è stato applicato lo stesso rapporto tra popolazione totale e popolazione in condizione di bisogno, rapportato al differente dato demografico.

consente di integrare competenze sociali, sanitarie e assistenziali e di affrontare situazioni caratterizzate da disabilità, fragilità multiple, discriminazioni sociali o bisogni composti che richiedono una lettura integrata.

La percezione dell'utenza conferma solo in parte tale rappresentazione, restituendo un quadro positivo ma non privo di elementi critici. Il 29,6% dei rispondenti individua come principale valore aggiunto del PUA la possibilità di ricevere una risposta tempestiva ai propri bisogni, mentre il 25,6% valorizza l'accoglienza e la disponibilità del personale. Una quota pari al 20,7% apprezza la maggiore chiarezza del percorso da seguire, anche grazie al colloquio conoscitivo e all'orientamento ricevuto. Tali dati indicano che, per una parte significativa dell'utenza, il PUA rappresenta effettivamente un presidio capace di rendere più comprensibile, accessibile e accompagnato il rapporto con il sistema dei servizi.

Al tempo stesso, il dato secondo cui il 26,1% dei partecipanti dichiara di non riconoscere alcun valore aggiunto al PUA richiede attenzione. Tale evidenza segnala che la funzione di accesso unitario e integrato non viene percepita in modo uniforme da tutta l'utenza e che permangono margini di miglioramento nella riconoscibilità del servizio, nella chiarezza delle informazioni fornite e nella capacità di rendere visibile il contributo specifico del PUA rispetto alle modalità tradizionali di accesso ai servizi.

Figura 20. Valore aggiunto dei PUA



Nel complesso, i dati confermano la rilevanza dei PUA quale infrastruttura territoriale per l'accesso ai servizi sociosanitari, soprattutto in presenza di bisogni complessi e multidimensionali. Tuttavia, la piena valorizzazione del modello richiede il rafforzamento della sua capacità di essere riconosciuto dall'utenza come punto di accesso effettivamente semplificato, integrato e qualificato, in grado non solo di orientare verso i servizi, ma anche di rendere più chiaro, tempestivo e coerente il percorso di presa in carico.

3.3.2 Il monitoraggio dei percorsi avviati

Ai fini di una programmazione efficiente delle risorse finanziarie e professionali destinate ai singoli Distretti sociosanitari, il monitoraggio delle attività dei PUA rappresenta una condizione essenziale. La disponibilità di dati aggiornati, completi e comparabili consente infatti di dimensionare in modo più accurato il fabbisogno organizzativo dei servizi, orientare l'allocazione delle risorse e verificare se l'intervento continui a risultare coerente con l'evoluzione dei bisogni della popolazione.

Il monitoraggio delle attività dei PUA attraverso i Piani di Zona fornisce una base informativa ampia e potenzialmente rilevante per la programmazione territoriale. Le informazioni raccolte non riguardano soltanto il numero degli accessi, ma includono anche dati relativi alla programmazione finanziaria, alla dotazione di personale per ciascun PUA, alle caratteristiche contrattuali degli operatori e alle attività previste nel triennio di riferimento. Tali elementi costituiscono una fonte conoscitiva utile per valutare la capacità dei singoli Distretti di organizzare il servizio in modo coerente con le funzioni assegnate ai PUA e con la domanda espressa dai territori.

Permangono tuttavia alcune criticità che ne limitano il pieno utilizzo a fini programmatici. In primo luogo, i dati trasmessi dai Distretti sociosanitari attraverso i Piani di Zona¹⁶⁶ non risultano sempre aggiornati con continuità negli ultimi anni. Ad esempio, non è disponibile un quadro completo dell'affluenza ai PUA nel periodo 2021-2024, informazione che sarebbe necessaria per stimare in modo più puntuale l'andamento della domanda, valutare l'evoluzione del bisogno e programmare adeguatamente le risorse.

In secondo luogo, le informazioni raccolte non sempre presentano un grado sufficiente di omogeneità. I Distretti tendono infatti a compilare alcune sezioni secondo criteri differenti, rendendo talvolta difficoltosa la comparazione dei dati, ad esempio con riferimento all'inquadramento del personale, agli applicativi utilizzati o alle procedure operative adottate. Tale disomogeneità riduce la possibilità di costruire un quadro regionale unitario e incide sulla capacità della Direzione regionale di svolgere un monitoraggio sistematico e fondato su basi informative pienamente confrontabili.

Un'ulteriore criticità riguarda la completezza del database. In alcune rilevazioni, come nel caso dell'estrazione di marzo 2025, diversi Distretti non hanno compilato le informazioni richieste, inclusi tutti quelli afferenti alle ASL Roma 1 e Roma 2. Tali lacune informative limitano la possibilità di disporre di una rappresentazione completa del funzionamento dei PUA sul territorio regionale e ostacolano una programmazione basata su dati affidabili, aggiornati e coerenti.

Accanto al monitoraggio dei Piani di Zona, un'ulteriore fonte informativa è rappresentata dal monitoraggio dei PAI, che consente di raccogliere elementi conoscitivi sull'evoluzione dei percorsi assistenziali e terapeutici attivati a seguito della valutazione del bisogno. Come già evidenziato nella sezione dedicata, il personale dei PUA esprime una valutazione generalmente positiva sulla qualità e sulla precisione delle attività di monitoraggio e valutazione dei percorsi di assistenza. In particolare, il personale medico manifesta i livelli più elevati di soddisfazione rispetto alla qualità del monitoraggio, con l'83,3% di valutazioni positive, mentre il personale amministrativo, maggiormente coinvolto nella gestione operativa dei dati, esprime una posizione più critica, con il 14,3% di rispondenti in disaccordo.

Anche dal punto di vista dell'utenza emergono elementi di disomogeneità. Tra gli utenti effettivamente seguiti dai servizi (coloro, cioè, che hanno confermato di esser stati presi in carico), il 46,7% segnala un controllo regolare del proprio percorso, il 40,0% riferisce un monitoraggio saltuario e il 13,4% indica verifiche rare o svolte una tantum. Tali dati suggeriscono che il monitoraggio dei percorsi assistenziali è presente, ma non sempre attuato con la stessa sistematicità e continuità. A ciò si aggiungono differenze territoriali significative tra le diverse ASL, che confermano la necessità di rafforzare gli strumenti di coordinamento regionale, al fine di ridurre le disparità e garantire standard più omogenei nella continuità assistenziale.

In prospettiva, la capacità dei PUA di mantenere la propria rilevanza rispetto ai bisogni presenti e futuri della popolazione dipenderà anche dalla qualità dei sistemi di raccolta, elaborazione e utilizzo dei dati. La crescita delle cronicità, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento dei bisogni multidimensionali richiedono infatti un'organizzazione sempre più proattiva, capace non solo di rispondere alla domanda già espressa, ma anche di anticipare l'evoluzione dei bisogni territoriali.

¹⁶⁶ Questi dati includono informazioni dettagliate su anagrafica, accessi ai PUA, personale, stanziamento finanziario, attività svolte e gestione informatica dei dati dell'utenza.

In questo senso, alcune esperienze innovative, quali il ricorso al telemonitoraggio o la costituzione di nuclei di analisi epidemiologica, possono rappresentare leve utili per rafforzare la capacità di lettura del bisogno e orientare in modo più tempestivo la programmazione dei servizi. Tuttavia, senza un utilizzo pieno, omogeneo ed efficace degli strumenti di monitoraggio, il rischio è che i PUA non riescano a sostenere adeguatamente la propria funzione di presidio territoriale di accesso, orientamento e presa in carico integrata. Il rafforzamento del monitoraggio costituisce pertanto una condizione essenziale sia per migliorare l'efficienza organizzativa del sistema, sia per garantire che l'intervento resti effettivamente rilevante rispetto ai bisogni sociali e sociosanitari della popolazione.

3.3.3 Le risposte alle domande di valutazione

3.3.3.1 In che misura i PUA sono rilevanti nell'affrontare i bisogni (attuali e nuovi) della popolazione?

Il crescente invecchiamento della popolazione, l'aumento delle persone non-autosufficienti e i dati in aumento su povertà e deprivazione materiale delineano un quadro di bisogni articolato e multidimensionale a cui i servizi offerti dai PUA sembrano rispondere positivamente. Infatti, nella configurazione attuale, **i PUA si distinguono dagli altri servizi nella loro capacità di fornire un accesso immediato** – senza appuntamento o liste d'attesa e integrato (senza suddivisione a monte per servizio) **alle prestazioni dei servizi sanitario e sociale**. L'utenza riconosce per lo più il valore del servizio specifico del PUA, giudicando positivamente l'accoglienza dei Punti Unici di Accesso frequentati. Tuttavia, rimangono ancora alcune criticità che mettono a rischio la capacità dei PUA di continuare a rispondere ai bisogni popolazione di potenziale utenti (anziani, non-autosufficienti, persone in condizioni di povertà e deprivazione materiale) in costante aumento. Infatti, **permangono alcune difficoltà** che possono limitare la capacità di risposta ai bisogni dei PUA e in particolare:

- **Monitoraggio delle prestazioni erogate¹⁶⁷:** Il percorso terapeutico-assistenziale, una volta stabilito attraverso il PAI, non è monitorato con identiche modalità, che variano sia tra ASL che tra singoli casi; in tal modo, non è sempre possibile tenere traccia dell'evoluzione del bisogno, limitando quindi la possibilità di una risposta tempestiva.
- **La raccolta dati è frammentata:** i dati che i distretti raccolgono nel monitoraggio dei Piani di Zona non sono sempre coerenti (a volte ci sono delle incongruenze nella modalità di riportare le informazioni fra i vari distretti) e completi (ci sono delle lacune per alcuni anni e alcuni distretti non hanno sempre puntualmente compilato il file di monitoraggio). Questo ostacola un monitoraggio costante dei servizi offerti attraverso il PUA e l'analisi di quanto questi siano effettivamente in grado di adattarsi a nuovi ed emergenti bisogni.
- **Il personale non è sempre presente con continuità:** In alcuni PUA l'assistente sociale non è sempre presente in tutti gli orari di apertura, prevalentemente a causa della gestione dei turni; in altri casi, la continuità degli assistenti sociali non può essere garantita, dati i frequenti rinnovi negli appalti con cooperative esterne. Questa mancanza di continuità nell'assistenza agli utenti mina la possibilità della costruzione di un rapporto di conoscenza e fiducia tra utente e professionista, essenziale per l'adeguatezza del servizio socioassistenziale.

¹⁶⁷ Un elemento di particolare interesse emerso nel corso della valutazione riguarda la percezione, espressa da una quota significativa degli operatori dei PUA, circa l'opportunità di attribuire alla struttura un ruolo più incisivo nelle attività di monitoraggio dei Progetti Assistenziali Individualizzati (PAI). Tale evidenza appare meritevole di ulteriori approfondimenti, in quanto segnala una possibile tensione tra la configurazione formalmente attribuita ai PUA dal quadro normativo e organizzativo vigente e le esigenze operative che emergono nella pratica professionale. Sebbene il monitoraggio e la revisione dei PAI rientrino prevalentemente tra le funzioni proprie delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM/UVMD), il dato suggerisce infatti l'esistenza di una domanda di maggiore continuità tra le attività di accesso, presa in carico e verifica dell'effettiva attuazione dei percorsi assistenziali. Il dato non consente di trarre conclusioni definitive, ma suggerisce l'opportunità di approfondire ulteriormente il tema, verificando se tale richiesta rappresenti l'emersione di bisogni organizzativi non pienamente intercettati dall'attuale assetto dei servizi o, più in generale, una possibile evoluzione delle funzioni attribuite ai PUA nell'ambito dei processi di integrazione sociosanitaria.

3.4 Quadro sintetico delle aree di miglioramento per criterio di valutazione

Tabella 10. Sintesi delle problematiche emerse divisa per tema e criterio di valutazione

Tema	Problematica
Efficacia	
Accessibilità e raggiungibilità dei PUA: ubicazione e orari	• Ristrutturazioni temporanee o sedi provvisorie riducono visibilità e accesso. • L'orario medio di apertura (18h/sett.) non è uniforme e alcuni centri rurali aprono meno di 10 ore.
Informazione e outreach	• I siti web delle ASL mostrano qualità molto variabile, con informazioni talvolta incomplete, errate o datate. • Mancanza di una strategia di comunicazione uniforme a livello regionale.
Identificazione del bisogno	• L'utilizzo di piattaforme informatiche e di moduli differenti determina una limitata standardizzazione nella raccolta delle informazioni di front office
Gestione integrata	• Presenza irregolare dei medici specialisti e dei MMG nelle UVM. • Tempi di attivazione variabili (7 giorni–1 mese, a volte più lunghi). • In alcuni PUA i PAI sono redatti solo per casi ADI, creando discontinuità. • L'assistente sociale del Distretto sociosanitario è a volte escluso dalla definizione del percorso assistenziale descritto nel PAI.
Monitoraggio dei percorsi assistenziali	• Frequenza e modalità del monitoraggio dei PAI non uniformi tra distretti: spesso dipendono da iniziativa dei singoli servizi. • La costanza con cui gli utenti ricevono aggiornamenti, notizie sui servizi o comunicazioni post-accesso è limitata.
Efficienza	
Finanziamenti	• FNA, FNPS, FSR e Fondo Povertà sono ritenuti a volte insufficienti a coprire le esigenze delle attività dei PUA. • Il FNA non è utilizzabile per coprire integralmente il personale in organico; quindi, è a volte sottoutilizzato o utilizzato solo per assunzioni a tempo determinato, esternalizzando il servizio. • Ritardi nella definizione degli importi rendono difficile programmare le assunzioni.
Risorse umane	• Elevata quota di personale a contratto determinato o tramite cooperative, con conseguente elevato turnover e scarsa continuità. • Presenza disomogenea di figure chiave nel PUA (infermieri, medici, assistenti sociali ASL). • Il personale full time dedicato non è sempre garantito.
Formazione	• La formazione del personale risulta prevalentemente sporadica e non strutturata, concentrata soprattutto all'ingresso o con cadenza annuale e forte affidamento al <i>learning by doing</i>.
Procedure operative	• Pochi distretti dispongono di procedure standardizzate. • Elevata variabilità della modulistica utilizzata, che comporta difficoltà nel monitoraggio regionale. • La scheda di prelievo (ex DGR 149/2018) non è adottata in modo uniforme.
Tempo-lavoro e attività di back office	• Diversi operatori PUA sono impegnati su compiti amministrativi per oltre metà del tempo lavorativo. • Una parte considerevole delle informazioni legate all'utenza è conservata esclusivamente su supporto cartaceo, archiviato all'interno del PUA, determinando un difficile reperimento dei dati.
Reperimento e condivisione dei dati dell'utenza	• La maggior parte delle piattaforme utilizzate (SIATeSS, SIGeSS, Excel, Access, Halley, CRM, SiCare) non sono interoperabili. • ATS, Comuni e personale esternalizzato a volte non hanno accesso diretto ai dati sanitari.

	• Dati spesso duplicati, mancanti o incoerenti, con conseguente necessità di consultare più servizi via telefono o e-mail: ciò comporta lentezza e rischio errori.
Coordinamento tra servizi	• Passaggi di consegne spesso inefficaci e comunicazioni tra ambito sociale, sanitario e territoriale lente e poco strutturate.
Rilevanza	
Stima dei bisogni futuri	• Piani di Zona con dati incompleti, discontinui o non aggiornati, spesso non congruenti tra diversi distretti. • Assenza di un sistema informativo uniforme limita la capacità di pianificazione anticipata.
Continuità del personale	• Turnover e contratti brevi impediscono la creazione di relazioni di fiducia con gli utenti. • Servizi distrettuali non sempre equiparati fra ASL, con conseguente disomogeneità territoriale nell'offerta dei servizi.
Presenza dei servizi sul territorio	• Aree montane e periferiche soffrono di minore presenza di personale, minori ore di apertura e più difficoltà logistiche. • Accesso e qualità dei servizi variano sensibilmente tra ASL.

4 Conclusioni

In questa sezione vengono presentate le considerazioni conclusive circa i tre criteri di valutazione che hanno strutturato il presente rapporto. La sezione presenta innanzitutto la **rilevanza**, che valuta in che misura i PUA rispondono ai bisogni attuali ed emergenti dell'utenza regionale, esaminando la capacità del servizio di adattarsi alle evoluzioni dei bisogni sociali e sociosanitari e di basare tale adattamento su informazioni aggiornate riguardanti le esigenze delle persone non autosufficienti. La sezione prosegue con **l'efficacia**, criterio che valuta in che misura i PUA abbiano conseguito gli obiettivi previsti, analizzando i risultati raggiunti, le ragioni dei successi o delle criticità e i fattori che favoriscono o ostacolano il progresso rispetto all'accesso universalistico ai servizi, alla semplificazione delle modalità di ingresso e alla gestione integrata dei casi complessi. La sezione si conclude con **l'efficienza**, che valuta l'adeguatezza delle risorse impiegate rispetto ai risultati ottenuti, considerando in particolare il carico amministrativo e gestionale generato dall'integrazione tra ambito sociale e sanitario e l'eventuale presenza di ostacoli organizzativi che possono compromettere il funzionamento dei PUA.

4.1 La rilevanza del PUA

Il **Punto Unico di Accesso (PUA)** è lo sportello territoriale che consente un accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, orientando e accompagnando le persone verso percorsi coerenti con la complessità dei loro bisogni.

Nello studio, il PUA emerge come dispositivo organizzativo di prossimità particolarmente rilevante in un contesto regionale caratterizzato da invecchiamento demografico, multicronicità e una quota consistente di popolazione esposta a rischio di povertà o deprivazione materiale. La multidimensionalità del bisogno – che intreccia condizioni cliniche, fragilità sociali e vincoli economici – richiede canali integrati e tempi di risposta adeguati.

In questo quadro, i PUA vengono percepiti dagli utenti come un punto di riferimento utile e riconoscibile, capace di semplificare l'accesso e offrire indicazioni chiare sul percorso da seguire. I dati raccolti attraverso survey e interviste segnalano livelli di soddisfazione complessivamente buoni rispetto all'accoglienza e alla comprensibilità delle spiegazioni fornite; un numero non trascurabile di utenti indica come valore aggiunto la prontezza e la completezza delle risposte.

Allo stesso tempo, si rilevano criticità sui tempi di attesa e, in parte, sulla conoscenza e trasparenza degli strumenti gestionali più complessi, come l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM). La crescita degli accessi, già misurata 'a doppia cifra' tra il 2019 e il 2020, e pianificata in aumento nel triennio di programmazione successivo, suggerisce che il PUA intercetta una domanda reale e crescente; per mantenerne la rilevanza, diventa essenziale sostenere la regolarità dell'integrazione professionale e strutturare un monitoraggio informativo puntuale dei percorsi.

4.1 L'efficacia del PUA

L'accesso ai servizi sociali e sanitari attraverso i PUA

I PUA presentano una distribuzione capillare sul territorio regionale e costituiscono, in linea generale, un presidio di prossimità per l'accesso ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari. Tuttavia, la loro effettiva raggiungibilità può essere condizionata da alcuni fattori territoriali e logistici. In particolare, la collocazione di alcuni presidi in aree montane o extraurbane, nonché la presenza di interventi di ristrutturazione in corso presso taluni edifici, possono ridurre la visibilità del servizio e renderne più complesso l'accesso da parte dell'utenza.

Gli orari di apertura risultano complessivamente adeguati, soprattutto nei presidi principali, nei quali si registra una media di circa 18 ore settimanali. Permangono tuttavia differenze tra Distretti e una minore dotazione oraria in alcune sedi secondarie, con possibili ricadute sull'uniformità dell'accesso

territoriale. Anche la qualità dell'informazione pubblica appare disomogenea: accanto a pagine web aziendali complete, aggiornate e facilmente consultabili, si rilevano siti con informazioni lacunose, datate o non pienamente coerenti. Non sempre, inoltre, emerge un presidio comunicativo continuativo nei confronti dell'utenza.

Nonostante tali asimmetrie, l'esperienza dichiarata dagli utenti risulta generalmente positiva. I rispondenti valorizzano in particolare l'accoglienza, la chiarezza del percorso e l'utilità del contatto con il servizio. Anche gli orari e l'ubicazione dei presidi sono giudicati, nel complesso, funzionali alle esigenze dell'utenza. Le criticità più ricorrenti riguardano invece la percezione dei tempi di attesa e l'assenza di un flusso informativo sistematico, ad esempio attraverso aggiornamenti periodici, newsletter o comunicazioni sullo stato di avanzamento del caso.

La gestione dei casi all'interno dei PUA

Il percorso di gestione dei casi ricostruito dallo studio si articola in più fasi: accesso al servizio, spesso in forma diretta; pre-valutazione presso il front office; eventuale attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale; definizione del Piano di Assistenza Individuale o Personalizzato.

La pre-valutazione è ritenuta dagli operatori ampiamente adeguata e rappresenta uno snodo essenziale per la lettura iniziale del bisogno, l'orientamento dell'utente e l'eventuale attivazione di livelli più strutturati di presa in carico. Tuttavia, la personalizzazione locale degli strumenti utilizzati e dei contenuti delle schede di pre-valutazione determina una raccolta dati non sempre omogenea. Tale variabilità limita la piena confrontabilità delle informazioni e riduce il potenziale di interoperabilità informativa tra presidi, Distretti e Aziende sanitarie.

L'UVM/UVMD costituisce il principale dispositivo per la gestione dei bisogni complessi, in quanto consente una valutazione integrata delle componenti sociali, sanitarie e assistenziali. Nella maggior parte dei casi, le équipe coinvolgono professionalità appartenenti sia al sistema sociale sia al sistema sanitario. Tuttavia, la presenza dei Medici di Medicina Generale e degli specialisti non risulta sempre costante, con possibili effetti sia sulla qualità della valutazione sia sui tempi di attivazione del percorso multidimensionale. Le convocazioni possono essere rapide nei casi ordinari, ma tendono ad allungarsi nelle situazioni di maggiore complessità, anche per la difficoltà di garantire la disponibilità delle figure cliniche necessarie.

La redazione del PAI presenta anch'essa assetti differenziati. In alcuni contesti il Piano è strutturato, aggiornabile nel tempo e accompagnato dalla presenza di un case manager o di una figura di riferimento per il percorso assistenziale. In altri casi, invece, la predisposizione del PAI risulta circoscritta prevalentemente ai pazienti già in carico all'Assistenza Domiciliare Integrata, riflettendo vincoli di risorse, prassi organizzative o differenti attribuzioni di ruolo. Tali differenze possono incidere sull'equilibrio della partecipazione tra assistenti sociali afferenti all'ASL e assistenti sociali del Distretto sociosanitario, nonché sulla capacità del PUA di garantire una presa in carico effettivamente integrata.

Dal punto di vista dell'utenza, una parte degli intervistati dichiara di non conoscere l'UVM/UVMD o di non esservi mai stata indirizzata. Tale evidenza non implica necessariamente una mancata attivazione degli strumenti multidimensionali nei casi appropriati, ma segnala l'esigenza di rafforzare la trasparenza del percorso e la comunicazione con l'utente durante le diverse fasi della presa in carico.

Il monitoraggio dei percorsi avviati

Il monitoraggio dei percorsi assistenziali risulta presente nei PUA, ma con modalità non pienamente omogenee. La frequenza dei controlli e le modalità di aggiornamento dell'utenza variano tra territori, servizi e tipologie di prestazione. Le evidenze raccolte restituiscono una valutazione generalmente positiva da parte degli operatori, pur con differenze legate al profilo professionale e all'ASL di appartenenza. Permangono tuttavia alcune criticità nella formalizzazione dei momenti di verifica e nell'integrazione documentale del PAI, soprattutto nei contesti in cui la documentazione resta prevalentemente cartacea o non confluisce in sistemi informativi condivisi.

Anche sul piano della programmazione, i Piani di Zona rappresentano una base conoscitiva utile, ma non ancora pienamente sufficiente a sostenere un monitoraggio regionale uniforme e aggiornato. La discontinuità temporale dei dati, le differenze nelle modalità di compilazione e l'incompleta copertura di alcuni periodi limitano la possibilità di effettuare letture comparate tra territori e di disporre di informazioni tempestive per orientare eventuali aggiustamenti organizzativi.

Allo stato attuale, emerge l'esigenza di definire standard operativi regionali per il monitoraggio dei percorsi, che includano periodicità minime di verifica, indicatori condivisi di processo, output e outcome, nonché modalità uniformi di digitalizzazione, aggiornamento e reperibilità del PAI all'interno di piattaforme integrate. Tale esigenza riguarda anche la necessità di attenuare le differenze territoriali attraverso linee guida regionali, percorsi formativi e attività di assistenza tecnica rivolte ai Distretti e alle Aziende sanitarie.

L'assenza di un quadro operativo sufficientemente uniforme limita la capacità di valutare gli esiti dei percorsi, misurare la saturazione dei servizi e programmare le azioni in modo proattivo. In prospettiva, un sistema di monitoraggio più strutturato consentirebbe ai PUA di anticipare meglio l'evoluzione della domanda, adattare le dotazioni professionali e organizzative ai bisogni emergenti e rafforzare la continuità assistenziale lungo l'intero percorso di presa in carico.

4.2 L'efficienza del PUA

L'organizzazione amministrativa dei PUA: finanziamenti, risorse umane, formazione e procedure

L'analisi mette in luce un **assetto finanziario** plurale, alimentato da FNA, FNPS, FSR e Fondo Povertà, con livelli di copertura differenti a seconda dei distretti. Le stime di stanziamento medio per il triennio 2024-2026 restituiscono ordini di grandezza significativi, ma la percezione di referenti e operatori è che le risorse non siano pienamente adeguate, anche per la limitata flessibilità di alcuni strumenti. Il vincolo operativo più evidente riguarda l'impossibilità di impiegare il FNA per personale esternalizzato, con conseguenze sull'equilibrio tra internalizzazione e appalto e, quindi, sulla continuità dei servizi. A ciò si aggiunge la variabilità della tempistica decisionale nazionale, che rende più complessa la programmazione delle assunzioni e la stabilizzazione delle équipe.

Sul versante delle **risorse umane**, lo studio evidenzia un organico a prevalenza di assistenti sociali, con presenza variabile di infermieri e medici del distretto; la coesistenza di contratti a tempo indeterminato, determinato e in appalto, e la quota non marginale di personale fornito da cooperative, generano rischi di turnover elevato e conseguente discontinuità assistenziale. Questa discontinuità si traduce in una minore possibilità di costruire, nel tempo, relazioni di fiducia con gli utenti e di consolidare prassi operative omogenee. La formazione risulta prevalentemente 'on the job', con iniziative qualificanti ma episodiche; si riscontrano lacune specifiche nell'uso di banche dati, nella padronanza delle procedure operative e nella gestione congiunta sociale-sanitaria, che impattano sulla standardizzazione dei processi e sull'efficienza del *back office*.

Le **procedure**, quando codificate in documenti organici, favoriscono chiarezza di ruoli e tempi; tuttavia, la presenza di corpus di 'Procedure Operative' ben dettagliate non è uniforme, e la modulistica (in particolare la scheda di prevalutazione prevista dalla DGR 149/2018) è spesso oggetto di personalizzazioni locali, funzionali agli strumenti informativi disponibili ma penalizzanti per la comparabilità regionale. La conseguenza è una tassonomia non omogenea, che rende più onerosa la rendicontazione e fragile la capacità di lettura trasversale dei dati.

Comunicazioni e gestione dei dati: interoperabilità, strumenti in uso e qualità informativa

La **gestione informativa** appare il punto più critico del sistema. I dati mostrano una frammentazione strutturale tra piattaforme regionali (SIATeSS, in parte SIGeSS), gestionali comunali e strumenti 'artigianali' come fogli Excel, database Access e archivi cloud. Questa pluralità, priva di reale

interoperabilità, produce duplicazioni, incoerenze e rallentamenti: gli operatori devono frequentemente supportare il processo con telefonate, e-mail e scambi informali; una parte consistente del tempo viene assorbita da attività amministrative e di reperimento dati, sottraendo risorse alla relazione con l'utente. La specificità limitata dei campi informativi sociali nei sistemi sanitari e le restrizioni di accesso per operatori non ASL o in appalto aggravano la difficoltà di consolidare una vista unitaria del caso. Anche quando il PAI è ben definito, permane l'uso di documentazione cartacea o non integrata nelle piattaforme comuni.

Al momento è particolarmente sensibile la mancanza di un sistema informativo completamente integrato sociale-sanitario, con accessi profilati, tassonomie condivise e tracciabilità del PAI lungo tutto il percorso, dalla prevalutazione al follow-up. Inoltre, non vi è evidenza di alcun progresso circa la definizione di standard minimi di dato, la normalizzazione della modulistica e l'adozione di strumenti di analisi e rendicontazione.

5Allegati

5.1 Allegato 1. Fonti bibliografiche

- Beydoun, May A., and Barry M. Popkin. "The Impact of Socio-Economic Factors on Functional Status Decline among Community-Dwelling Older Adults in China." *Social Science & Medicine* (1982) 60, no. 9 (2005): 2045–57. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.063>.
- Blangiardo, Gian Carlo. "Audizione Dell'Istat Presso Il Comitato Tecnico Scientifico Dell'Osservatorio Nazionale Sulla Condizione Delle Persone Con Disabilità." Audizione del Presidente dell'Istituto nazionale di statistica. Roma, March 24, 2021. https://www.osservatoriodisabilita.gov.it/media/1382/istat-audizione-osservatorio-disabilita_24-marzo-2021.pdf.
- Ciolfi, Ines. "L'attuazione Del Piano Nazionale Di Ripresa e Resilienza. La Regione Lazio e La Missione 6 Salute." *Le Regioni* 6, no. 2022 (2022): 1207–47. <https://doi.org/10.1443/108489>.
- Città Metropolitana di Roma Capitale. "Il Budget Di Salute: Accanto Ai Più Fragili." n.d. Accessed December 18, 2025. <https://static.cittametropolitanaroma.it/uploads/Il-Budget-di-Salute-Accanto-ai-piu%CC%80-fragili.pdf>.
- Connolly, Deirdre, Jess Garvey, and Gabrielle McKee. "Factors Associated with ADL/IADL Disability in Community Dwelling Older Adults in the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA)." *Disability and Rehabilitation* 39, no. 8 (2017): 809–16. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1161848>.
- Ćwirlej-Sozańska, Agnieszka, Agnieszka Wiśniowska-Szurlej, Anna Wilmowska-Pietruszyńska, and Bernard Sozański. "Determinants of ADL and IADL Disability in Older Adults in Southeastern Poland." *BMC Geriatrics* 19, no. 1 (2019): 297. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1319-4>.
- De Roberto, Lilla, Claudia Cardinali, Cinzia Donadelli, and Francesco Pietrangeli. *Salute e Servizi Nel Lazio. Il Punto Di Vista Dei Cittadini*. Cittadinanzattiva Lazio onlus, 2025. https://lazio.cittadinanzattiva.it/files/rapporti/Rapporto_Salute_e_servizi_nel_Lazio_2024.pdf.
- Determinazione 10 Marzo 2022, n. G02801. Approvazione Dello Schema Di Convenzione Tra La Regione Lazio e i Distretti Socio Sanitari per l'utilizzo Del Sistema Informativo per La Gestione Dei Servizi Sociali - SIGeSS, POS-DD-G02801, Direzione regionale per l'inclusione sociale (2022). https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/documentazione/POS-DD-G02801-10-03-2022_0.pdf.
- DGR 149/2018 Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria, 149, Giunta Regionale Lazio (2018). https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/documentazione/POS_DGR_149_02_03_2018.pdf.
- EU Commission. *2024 Ageing Report. Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. DG ECFIN, 2024. https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2024-ageing-report-underlying-assumptions-and-projection-methodologies_en.
- European Commission. Statistical Office of the European Union. *Applying the Degree of Urbanisation: A Methodological Manual to Define Cities, Towns and Rural Areas for International Comparisons: 2021 Edition*. Publications Office, 2021. <https://data.europa.eu/doi/10.2785/706535>.
- EUROSTAT. *Methodological Manual on Territorial Typologies*. Manuals and Guidelines. Luxembourg, 2018. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-GQ-18-008>.
- EUROSTAT. "People at Risk of Poverty or Social Exclusion by NUTS 2 Region." Eurostat, July 24, 2025. <https://doi.org/10.2908/TGS00107>.
- EUROSTAT. "Persons at Risk of Poverty or Social Exclusion by Age and Sex." Eurostat, July 24, 2025. https://doi.org/10.2908/ILC_PEPS01N.
- Gruppo di lavoro regionale per il PDTA demenze. *Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per Le Persone Con Demenza Nella Regione Lazio*. Determinazione G01097. Regione Lazio, 2023. https://old.inapp.org/sites/default/files/NORMATIVA/2023/Regionale/20230210_Allegato1_D_D_nG01705_LA.pdf.
- Ismail, Nur Raihan, Anees Abdul Hamid, Asrenee Ab Razak, and Noor Aman A Hamid. "FACTORS INFLUENCING INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (IADL) DISABILITY AMONG

- ELDERLY ATTENDING HEALTH CLINICS IN KELANTAN." *Malaysian Applied Biology* 50, no. 2 (2021): 37–45. <https://doi.org/10.55230/mabjournal.v50i2.2015>.
- ISTAT. *BES 2023. Il benessere equo e sostenibile in Italia*. ISTAT, 2024. <https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-bes-2023-il-benessere-equo-e-sostenibile-in-italia/>.
- ISTAT. "Censimento permanente popolazione - Lazio 2020." 2022. https://www.istat.it/wp-content/uploads/2022/03/Censimento-permanente-della-popolazione_Lazio.pdf.
- ISTAT. "Censimento permanente popolazione - Lazio 2023." 2025. https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/04/Censimento-permanente-popolazione_Anno-2023_Lazio.pdf.
- ISTAT. *Forme, Livelli e dinamiche dell'urbanizzazione in Italia*. Letture Statistiche Territorio, 2017. <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2017/05/Urbanizzazione.pdf>.
- ISTAT. *Report anziani 2019*. Roma, 2019. <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>.
- Kim, Seoyong. "Activities of Daily Living (ADL)." In *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, edited by Alex C. Michalos. Springer Netherlands, 2014. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_18.
- Lawton, M. Powell, and Elaine M. Brody. "Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living1." *The Gerontologist* 9, no. 3_Part_1 (1969): 179–86. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179.
- Li, Jiajia, Shiqi Lin, Xiaojin Yan, Yue Wei, Fan Yang, and Lijun Pei. "Cross-Country Comparison of Income-Related Inequality in Physical Functional Disability among Middle-Aged and Older Adults: Evidence from 33 Countries." *Journal of Global Health* 13 (May 2023): 04053. <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04053>.
- Linee Guida Regionali per La Misurazione Dell'impatto Sociale, 81, Giunta Regionale (2019). <https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/documentazione/SOC-DGR-81-19-02-2019.pdf>.
- Ministero della Salute. "Linee Di Indirizzo Nazionali Sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per Le Demenze." July 5, 2017. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3361_allegato.pdf.
- Ministero della Salute. "Piano nazionale cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano." maggio 2022. <https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2025-11/Piano%20nazionale%20cronicit%C3%A0.pdf>.
- Mitty, E. L. "Resource Utilization Groups. DRGs Move to Long-Term Care." *The Nursing Clinics of North America* 23, no. 3 (1988): 539–57.
- Mohamed, Abdirahman, Claire McCormack, Aditi Sooknarine-Rajpatty, et al. "The Diagnostic and Predictive Accuracy of the PRISMA-7 Screening Tool for Frailty in Older Adults: A Systematic Review, and Meta-Analysis." *BMC Geriatrics* 25, no. 1 (2025): 420. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06094-2>.
- Morganti, Wanda, Emanuele Seminerio, Nicola Veronese, et al. "Usefulness of a New Digital Version of the MPI-SVaMA (MPI-SVaMA Digit) in Predicting Short- and Long-Term Mortality in Community-Dwelling Older People." *Aging Clinical and Experimental Research* 37, no. 1 (2025): 184. <https://doi.org/10.1007/s40520-025-03098-1>.
- Noelker, Linda S., and Richard Browdie. "Sidney Katz, MD: A New Paradigm for Chronic Illness and Long-Term Care." *The Gerontologist* 54, no. 1 (2014): 13–20. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt086>.
- Patel, Ratna, Shobhit Srivastava, Pradeep Kumar, Shekhar Chauhan, Mani Deep Govindu, and David Jean Simon. "Socio-Economic Inequality in Functional Disability and Impairments with Focus on Instrumental Activity of Daily Living: A Study on Older Adults in India." *BMC Public Health* 21, no. 1 (2021): 1541. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11591-1>.
- Piano Di Programmazione Dell'assistenza Territoriale 2024 - 2026, SAN-DGR-976-Allegato, Consiglio Regionale del Lazio (2023). <https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/documentazione/SAN-DGR-976-28-12-2023-Allegato.pdf>.
- Raïche, Michel, Réjean Hébert, and Marie-France Dubois. "PRISMA-7: A Case-Finding Tool to Identify Older Adults with Moderate to Severe Disabilities." *Archives of Gerontology and Geriatrics* 47, no. 1 (2008): 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.06.004>.

- Regione Lazio. "Procedure Operative dei Punti Unici di Accesso Comunali e Distrettuali." February 28, 2020.
http://www.distrettosociosanitariolt4.it/public/documenti/88667946216procedure_operative_pua_16032020.pdf.
- Regione Lazio, Università Tor Vergata, Università Roma Tre, and KPMG. "Linee Guida Regionali per la misurazione dell'impatto sociale." 2019.
<https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/documentazione/SOC-DGR-81-19-02-2019-Allegato1.pdf>.
- Salmieri, Luca. *Servizi sociali e misure di contrasto alla povertà. Report di Ricerca*. Osservatorio Interdipartimentale Permanente sui Servizi Sociali e le Povertà, 2021.
https://disse.web.uniroma1.it/sites/default/files/allegati_notizie/Servizi%20sociali%20e%20misure%20di%20contrasto%20alla%20poverta%20REPORT%20DI%20RICERCA.pdf.
- Schoeni, Robert F., Linda G. Martin, Patricia M. Andreski, and Vicki A. Freedman. "Persistent and Growing Socioeconomic Disparities in Disability Among the Elderly: 1982–2002." *American Journal of Public Health* 95, no. 11 (2005): 2065–70.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.048744>.
- Scotellaro, Marica, Maila Ruggeri, Victoria D'Inzeo, et al. "Multidimensional Assessment Using a Modified S.Va.M.A Scale, a Pilot Study in Patients Aged 65 or Older." *JOURNAL OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS* 69 (June 2021): 171–76. <https://doi.org/10.36150/2499-6564-N358>.
- Veronese, Nicola, Marianna Noale, Alberto Cella, et al. "Multidimensional Frailty and Quality of Life: Data from the English Longitudinal Study of Ageing." *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life. Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation* 31, no. 10 (2022): 2985–93. <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03152-9>.
- World Health Organisation. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. WHO, 2013. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>.

5.2 Allegato 2. Software utilizzati per la gestione dei dati dell'utenza

Piattaforma	Finalità principale	Tipo di dati gestiti	Integrazione con sistema sanitario
Google Drive	Archiviazione e condivisione file in cloud (uso informale)	Documenti PDF, fogli Excel, relazioni, scansioni	Assente: non è integrato con sistemi sanitari, uso spesso non conforme a GDPR
Halley	Cartella Sociale Informatizzata e gestione servizi comunali	Dati sociali: anagrafica, PAI, contributi, interventi	Parziale: integrazione possibile tramite SIGeSS, non nativa
Media CRM	Tracciamento comunicazioni e allegati relativi agli utenti	E-mail, PEC, note telefoniche, documenti allegati	Parziale: dipende dall'integrazione col gestionale (Halley/SIGeSS)
MS Excel	Analisi, calcoli, reportistica personalizzata	Dati numerici, tabelle di monitoraggio	Assente: uso stand-alone, non collegato a sistemi ufficiali
MS Access	Database locale per progetti o archivi specifici	Tabelle di dati strutturati (es. liste utenti)	Assente: uso locale, non collegato a sistemi sanitari
SIATeSS	Sistema informativo regionale per assistenza territoriale e sociale	Dati sanitari e sociali, percorsi di presa in carico	Alta: piattaforma ufficiale della Regione Lazio per integrazione sociosanitaria
SIGeSS	Gestione integrata dei servizi sociali (cartella sociale, UVMD, PUA)	Dati sociali e sociosanitari di utenti e nuclei	Alta: si interfaccia con SIATeSS e con i sistemi ASL
SiCare	Gestione misure per caregiver familiari e sostegno domiciliare	Dati utenti, caregiver, progetti di supporto	Parziale: integrabile con SIGeSS/SIATeSS per coordinamento interventi