

AZIENDE & TERRITORIO

A PAG. **28** **TOSCANA&LIGURIA.** I centri italiani leader nell'ematologia sperimentale

A PAG. **28** **BASILICATA.** Al via un sistema di cure palliative a misura di bambino

A PAG. **29** **MERCATI&NEWS.** A Bruxelles il primo Forum delle imprese biomedicali

Indagine Agenas su caratteristiche e modalità organizzative dei Punti unici di accesso attivati sul territorio

Il welfare integrato passa dal Pua

Regioni in ordine sparso - In comune c'è la gestione socio-sanitaria affidata ai distretti

L'integrazione socio-sanitaria ha bisogno del Pua per soddisfare i bisogni complessi del territorio. Sembra uno scioglilingua ma non lo è: il punto unico di accesso (il Pua, appunto) è la frontiera a cui gli esperti di welfare guardano per ottimizzare l'approccio a cronicità, disabilità e non autosufficienza.

Nasce da tali presupposti la ricerca finalizzata dell'Agenas sui Pua - con i finanziamenti del ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali - che ha coinvolto Abruzzo, Calabria, Lazio, Liguria, Marche, Emilia Romagna, Toscana, Veneto e Sardegna, più Anci-Federsanità e Fondazione Gigi Ghirotti. Presentata di recente a Roma, l'indagine ha passato in rassegna per due anni caratteristiche, aspetti comuni e criticità della presa in carico integrata. La fotografia che ne emerge dà il senso della direzione verso cui si sono avviate, anche se in ordine sparso, le diverse realtà locali. Ma è solo un primo passo: gli autori dello studio, pubblicato sul mensile dell'Agenas Monitor, si ripropongono infatti di dar vita a un osservatorio permanente sull'integrazione attraverso Pua.

Dai risultati, intanto, è emersa grande variabilità organizzativa, anche se dalle risposte a un questionario somministrato da febbraio a maggio 2007 agli operatori dei Pua qualche elemento condiviso già compare.

L'identikit	
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Risposte informative e di orientamento • Apertura di una cartella con data-set minimo di informazioni per bisogni complessi • Segnalazione del caso complesso (bisogno socio-sanitario) con trasmissione di informazioni all'Unità di valutazione multimediale
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitare l'emersione della domanda espressa di salute, aumentando la capacità di attrazione nei confronti di quanti, sul territorio, necessitano di assistenza risultando visibili, facilmente fruibili e idonei all'accoglienza • Semplificare i passaggi burocratici • Rispondere alla domanda di salute delle fasce di popolazione svantaggiate, comprese quelle afferenti a popolazione straniera, che non possiedono conoscenza adeguata del sistema, facilitando l'accesso anche attraverso attività di mediazione culturale • Rendere disponibili informazioni sull'appropriatezza delle prestazioni, puntando sulla competenza dei cittadini • Identificare gruppi di popolazione a rischio facilitandone il contatto con i servizi socio-sanitari • Promuovere monitoraggi dei bisogni di salute e di assistenza orientati alla costruzione di percorsi di prevenzione della disabilità e di mantenimento delle autonomie possibili • Promuovere azioni di empowerment rivolte al mantenimento delle risorse personali, delle capacità di scelta personali e della partecipazione all'individuazione del setting assistenziale in grado di garantire la maggiore autonomia possibile della persona in relazione alle sue condizioni di salute e sociali 	FUNZIONI <ul style="list-style-type: none"> • Fornire informazioni aggiornate (possibilmente disponibili on line per gli operatori sanitari) relative alle diverse opportunità, risorse, prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema, esistenti e accessibili per gli utenti del territorio • Raccogliere le domande di accesso a prestazioni e servizi e inoltrarle, se occorre, agli uffici competenti • Effettuare una prima lettura dei bisogni, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno • Fornire le risposte dirette a bisogni semplici e attivare l'Uvm quando necessario, per i bisogni complessi
ATTIVITÀ	OPERATIVITÀ <ul style="list-style-type: none"> • Figure professionali: medico, assistente sociale, personale infermieristico e unità amministrative • Orari al pubblico: 6 ore al giorno per sei gg settimanali
<ul style="list-style-type: none"> • Analisi del bisogno • Registrazione dell'accesso 	STRUMENTI <ul style="list-style-type: none"> • Segnalazione, valutazione multidimensionale, progetto di assistenza individuale, responsabile del percorso assistenziale (care manager)

«Tanto che - ha spiegato **Stefano Inglese**, esperto di empowerment e cure primarie dell'Agenas - abbiamo evidenziato alcuni possibili comuni denominatori che permetterebbero l'adattabilità di un modello unico nelle diverse realtà». In generale, sulle otto Regioni che hanno partecipato alla ricognizione, circa due terzi avevano attivato Pua

da oltre 180 giorni e comunque entro sei mesi rispetto a quanto previsto dalla programmazione regionale. Tutti i punti - di cui in tabella riportiamo un breve identikit - sono di tipo integrato (cioè socio-sanitario) e offrono una risposta ai bisogni diversificati dei cittadini. I destinatari sono soprattutto le persone non autosufficienti, con patologie

croniche, con disabilità. A queste categorie si sommano cittadini con problemi psichiatrici e con dipendenze patologiche.

La sintesi dell'indagine e le considerazioni svolte dall'Agenas puntano sulle caratteristiche comuni che i Pua dovrebbero avere: collocazione facilmente individuabile dai cittadini, presso il distretto e in sportelli distac-

cati; operatività piena, con orari di apertura al pubblico di almeno sei ore per sei giorni a settimana; disponibilità di un sistema informativo che faccia "viaggiare" le informazioni in rete; team di professionisti adeguato alla complessità delle richieste: medici, assistenti sociali, infermieri e amministrativi.

Il percorso che porta alla pre-

sa in carico dell'utente parte, per i casi complessi, dalla segnalazione di Mmg, medici ospedalieri, servizi sociali del Comune, diretto interessato, familiari o volontari.

Il complesso dei bisogni è individuato tramite la valutazione multidimensionale, per cui si ricorre a scale e strumenti scientificamente validati. A provvedere è un'apposita équipe, l'Unità di valutazione multidimensionale (Uvm), la cui composizione varia in relazione alla tipologia del bisogno (è consigliabile la presenza del Mmg). Le Uvm sono generalmente attivate all'interno del distretto e la composizione dipende dalle scelte regionali o dell'Asl.

Dalla valutazione esce il progetto di assistenza individuale, definito come «un vero e proprio patto per la salute e la famiglia», cioè come uno strumento di accordo tra operatori e famiglia, per la definizione di servizi e prestazioni. Responsabile del percorso è il care manager, che agisce in stretta correlazione con responsabile clinico (case manager).

Ultima tappa è la presa in carico tramite il piano assistenziale individuale. Che però esige continuità: solo protocolli operativi tra le diverse Uo coinvolte e il lavoro in équipe garantiranno la soddisfazione integrata del bisogno.

Barbara Gobbi