

ANNO XXXVIII n. 18 15 ottobre 2008

# Prospettive Sociali e Sanitarie

*Speciale*

**La porta sociale e il punto unico di accesso**



**Istituto per la Ricerca Sociale**  
Via XX Settembre 24 - 20123 Milano  
<http://www.irs-online.it>

<b>Servizi sociali</b>	<b>La porta sociale: le tendenze in Italia</b>	<i>F. Pesaresi</i>	<b>1</b>
	<b>Le funzioni del welfare dell'accesso</b>	<i>G. Devastato</i>	<b>5</b>
	<b>Gli uffici della cittadinanza in Umbria</b>	<i>A. Lombardi</i>	<b>8</b>
	<b>L'Ufficio di promozione sociale nel Comune di Ancona</b>	<i>P. Ruti, P. Sarzani</i>	<b>10</b>
	<b>Lo sportello unico distrettuale di Bologna</b>	<i>M. Valdiserra</i>	<b>12</b>
	<b>Il Punto unico di accesso come modello organizzativo per la presa in carico delle persone</b>	<i>G. Frau</i>	<b>15</b>
	<b>Il sistema informativo del Punto unico di accesso nella Società della salute di Pisa</b>	<i>A. Iacopini</i>	<b>19</b>

## Prospettive Sociali e Sanitarie anno XXXVIII - n. 18 - 15 ottobre 2008

**Questo Speciale di PSS è dedicato ai diversi strumenti organizzativi di accesso unitario ai servizi socio-assistenziali e sociosanitari che si sono sviluppati in questi ultimi anni.**

**In apertura, l'articolo di Franco Pesaresi, curatore del fascicolo, presenta il quadro italiano delle esperienze di Porta sociale per l'accesso ai soli servizi socio-assistenziali. I successivi articoli illustrano i vari modelli organizzativi che si sono sviluppati a partire dalle "Porte sociali (G. Devastato, A. Lombardi, P. Ruti e P. Sarzani) passando per gli "Sportelli sanitari" che si occupano dell'accesso alle sole prestazioni distrettuali (M. Valdiserra) per concludere con le esperienze relative al "Punto unico di accesso" (Pua) alle prestazioni sociali e sociosanitarie (G. Frau, A. Iacopini).**

**Gli articoli costituiscono rielaborazioni di interventi presentati al convegno "La porta sociale, lo sportello sanitario, il punto unico di accesso" svoltosi ad Ancona il 19-20 giugno 2008 e organizzato dall'Assessorato ai servizi sociali del Comune, dalla Facoltà di Economia e dall'Anoss (Associazione nazionale operatori sociali e sociosanitari).**

### Direzione

Emanuele Ranci Ortigosa  
(direttore responsabile)  
Alessandro Battistella, Ugo  
De Ambrogio, Cristiano Gori  
(vicedirettori)

### Caporedattore

Francesca Susani  
e-mail: pss@irsonline.it

### Redazione

Claudio Caffarena, Ariela  
Casartelli, Vittorio Glassier,  
Francesca Merlini, Daniela  
Mesini, Sergio Pasquinelli, Paolo  
Peduzzi, Franco Pesaresi, Dela  
Ranci Agnoletto, Edoardo Re,  
Giorgio Sordelli, Patrizia Taccani

### Comitato scientifico

Paolo Barbetta, Luca  
Beltrametti, Paolo Bosi,  
Annamaria Campanini, Maria  
Dal Pra Ponticelli, Maurizio  
Ferrera, Marco Geddes da  
Filicaia, Antonio Guaita,  
Luciano Guerzoni, Francesco  
Longo, Gavino Maciocco,  
Marco Musella, Franca Olivetti  
Manoukian, Giuseppe A.  
Micheli, Nicola Negri, Fausta  
Ongaro, Valerio Onida, Marina  
Piazza, Costanzo Ranci, Chiara  
Saraceno, Maria Chiara Setti  
Bassanini, Antonio Tosi

### Contatti

Via XX Settembre 24  
20123 Milano  
Tel. 0246764276  
Fax 0246764312  
<http://pss.irs-online.it/>

### Abbonamenti

Letizia Cucchi  
e-mail: pss.abbo@irsonline.it  
ccp. n. 36973204

### Abbonamento 2008

Euro 50,00 (privati)  
Euro 55,00 (associazioni di  
volontariato e coop. sociali)  
Euro 75,00 (enti)  
Euro 85,00 (estero)  
L'abbonamento decorre  
dal 1° gennaio al 31 dicembre.

### Editing e impaginazione

Riccardo Sartori

### Stampa

La Fenice Grafica  
Via Roma 71  
26812 Borghetto Lodigiano (LO)  
Tel. 037180864

### Registrazione

Tribunale di Milano  
n. 83 del 5-3-1973.

È vietata la riproduzione dei  
testi, anche parziale, senza  
autorizzazione.

### Prezzo per copia

Euro 3,50

# La porta sociale: le tendenze in Italia

È IN CORSO ORMAI DAGLI ANNI NOVANTA UN PROCESSO DI MODERNIZZAZIONE DELL'APPARATO PUBBLICO, CON L'OBIETTIVO DI SEMPLIFICARE I RAPPORTI FRA CITTADINI E PA, RIDUCENDO IL CARICO BUROCRATICO. NEL SETTORE SOCIO-ASSISTENZIALE QUESTO HA PORTATO A PREVEDERE UNO STRUMENTO DI ACCESSO UNITARIO AI SERVIZI SOPRATTUTTO DI TIPO INFORMATIVO E DI ORIENTAMENTO (LA PORTA SOCIALE E IL PUNTO UNICO DI ACCESSO).

Franco Pesaresi

Dirigente servizi sociali educativi e sanità  
comune di Ancona, Presidente Anoss

## ALLE ORIGINI DEGLI SPORTELLI UNICI

Sin dagli anni Novanta, la crisi finanziaria dello Stato, l'insoddisfazione delle *performance* del settore pubblico, l'internazionalizzazione dei mercati, hanno spinto l'Italia ed altri Paesi industrializzati verso un processo di modernizzazione dell'apparato pubblico. Uno degli obiettivi di questo processo è la semplificazione del rapporto fra cittadini e pubblica amministrazione, riducendo il "carico burocratico", cioè gli obblighi a carico di cittadini e imprese, e promuovendo lo snellimento e la tempestività dell'azione amministrativa. L'importanza di questi temi emerge dagli strumenti di semplificazione procedimentale introdotti con le normative degli ultimi anni.<sup>1</sup>

Nel tempo il concetto di semplificazione amministrativa si è poi dilatato, ricomprendendo qualsiasi politica o strumento che comporti un miglioramento dei rapporti fra cittadini e pubblica amministrazione.

Uno degli strumenti di semplificazione più ricorrenti nelle normative che si sono succedute è lo sportello unico o lo sportello polifunzionale. Per quanto anche la definizione lessicale possa indurre all'individuazione di due diversi modelli organizzativi, l'intento semplificativo è lo stesso: permettere agli utenti di rivolgersi a un unico interlocutore per svolgere attività diverse oppure per accedere a servizi aventi la stessa caratteristica, ma erogati da soggetti diversi. Per sportello unico deve dunque intendersi la riunione in un unico "ufficio" dell'accesso a procedimenti o attività che rivestono carattere unitario o eterogeneo. Lo Sportello unico funge

da coordinamento fra le varie amministrazioni che intervengono nello stesso procedimento o nella stessa attività (Bacciardi, 2002).

Il primo frutto amministrativo di questo processo e anche il più conosciuto è sicuramente lo Sportello unico per le attività produttive previsto da una norma del 1997. Lo sportello unico per le attività produttive può essere considerato la risposta statale alle numerose critiche del mondo produttivo circa l'eccesso di regolazione e di burocrazia che frenano lo sviluppo economico.

Successivamente, nell'arco di soli 9 mesi a cavallo degli anni 2000 e 2001 sono stati previsti altri quattro sportelli, fra i quali anche la Porta unitaria di accesso al sistema dei servizi sociali (cfr. tavola 1).

## LA PORTA UNITARIA DI ACCESSO

Il Piano sociale nazionale (Dpr 3/5/2001) si è fatto interprete anche nel settore socio-assistenziale della necessità di politiche di semplificazione e di affiancamento dell'utente e ha voluto prevedere uno strumento di accesso unitario ai servizi, soprattutto di tipo informativo e di orientamento. Lo stesso Piano argomenta, a questo proposito, che in particolare bisogna evitare che proprio i cittadini più fragili e meno informati vengano scoraggiati nella ricerca di aiuto a fronte di barriere organizzative e burocratiche che comunque vanno rimosse per ridurre le disuguaglianze nell'accesso.

Il Piano sociale nazionale, conseguentemente, prevede l'istituzione in ogni ambito sociale territoriale di una "porta unitaria di accesso" al sistema dei servizi:

- tale da essere accogliente nei confronti della più ampia tipologia di esigenze;
- tecnicamente capace di assolvere la funzione di segretariato sociale (inteso come livello essenziale, art. 22, l. 328/00).

L'attuazione di questo sistema organizzativo viene comunque inteso come un passaggio intermedio verso qualcosa di ancora più evoluto, dato che viene previsto che nel Piano sociale di zona vengano individuate le soluzioni più idonee per unificare l'accesso ai servizi sociali e a quelli sociosanitari distrettuali tramite accordi operativi con l'azienda sanitaria.

Il Piano sociale nazionale caratterizza la Porta unitaria di accesso con due soli elementi. Il primo è inusuale per una pubblica amministrazione; si dice, infatti, che la Porta sociale deve essere "accogliente". Questo elemento richiama ai concetti di luogo "ospitale, comodo, piacevole". Sono aspetti da non sottovalutare, perché non era mai accaduto che la Pubblica amministrazione si preoccupasse di queste caratteristiche per i suoi uffici. Questo comporta una particolare cura nella realizzazione delle sedi, che devono essere realizzate per favorire l'accesso e la permanenza confortevole dei cittadini. L'indicazione non è stata priva di ricadute, visto che diverse esperienze (Umbria, Marche, ecc.) hanno interpretato questi orientamenti con la realizzazione di nuove sedi con taglio innovativo (presenza di salottini, spazio giochi per i bambini in attesa, ampi spazi, messaggi multimediali per coloro che sono in attesa, ecc.).

Il secondo elemento che caratterizza la Porta unitaria di accesso è la capacità di assolvere alla funzione di segretariato sociale, i cui contenuti vengono definiti dallo stesso Piano sociale nazionale. In particolare, l'attività di segretariato sociale deve essere finalizzata a garantire:

- unitarietà di accesso;
- capacità di ascolto;
- informazioni complete ai cittadini in merito ai diritti, alle prestazioni e alle modalità di accesso ai servizi;
- funzione di orientamento;
- funzione di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse del territorio;
- funzione di filtro;
- funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi.

### Note

<sup>1</sup> Legge 7 agosto 1990, n. 241; Legge 24 dicembre 1993, n. 537; Direttiva Presidenza Consiglio dei Ministri 27 gennaio 1994; DM 31 marzo 1994; Codice di stile, 1994; Legge 24 novembre 2000, n. 340; Legge 11 luglio 2000, n. 163.

**TAVOLA 1 Sportelli unici previsti dalla normativa nazionale nel periodo 1997-2001**

Nome dello Sportello unico	Norma di riferimento	Funzioni	Ente gestore
<b>Sportello unico delle attività produttive (Suap)</b>	<b>Art. 20, l. 15/3/1997, n. 59</b>	Raccogliere in un'unica struttura tutti gli adempimenti necessari alla realizzazione, ampliamento, ristrutturazione e riconversione di impianti produttivi.	<b>Comune</b>
<b>Sportello telematico dell'automobilista</b>	<b>Dpr 19/9/2000, n. 358</b>	Semplificare i procedimenti relativi all'immatricolazione, alla re-immatricolazione, alla registrazione della proprietà, ai passaggi di proprietà degli autoveicoli e dei motoveicoli.	<b>Uffici provinciali della motorizzazione o uffici dell'Acì o le imprese di consulenza automobilistica</b>
<b>Sportello per la internazionalizzazione delle imprese</b>	<b>Dpr 9/2/2001, n. 161</b>	Creare un unico interlocutore regionale per le imprese per quel che riguarda l'attivazione dei procedimenti amministrativi (incentivi, ecc.) previsti nel settore delle esportazioni.	<b>Regione</b>
<b>Porta unitaria di accesso al sistema dei servizi sociali</b>	<b>Dpr 3/5/2001</b>	Unificare l'accesso ai servizi sociali attraverso una struttura accogliente in grado di assolvere la funzione di segretariato sociale.	<b>Comune, Ambito sociale territoriale.</b>
<b>Sportello unico dell'edilizia</b>	<b>Dpr 6/6/2001, n. 380</b>	Raccogliere in un'unica struttura tutte le funzioni di informazione e di erogazione di servizi (certificazioni, autorizzazioni, ecc.) per il settore dell'edilizia.	<b>Comuni, anche in forma associata</b>

**TAVOLA 2 Le funzioni della Porta unitaria di accesso o Porta sociale**

Informazione	Orientamento/accompagnamento	Promozione sociale	Osservatorio
Ascolto delle richieste e dei bisogni.	Indirizzare attivamente e accompagnare l'utente verso le strutture erogatrici di servizi attraverso, per esempio, l'attivazione dei servizi ad accesso diretto, l'invio al Servizio sociale professionale per la presa in carico, l'attivazione di equipe professionali, ecc.	Promuovere la messa in rete delle varie risorse. Costruire e sviluppare reti di partenariato.	Attività di raccolta e di analisi di dati sulla domanda e sull'offerta di servizi.
Comunicazione della informazione in merito ai diritti, alle prestazioni e alle modalità di accesso ai servizi.		Tutelare e promuovere il corretto utilizzo dei servizi sociali (appropriatezza).	Attività di monitoraggio dei servizi erogati sul territorio di riferimento; cura della ricezione dei reclami e della gestione delle liste d'attesa.
Orientamento del destinatario nella lettura dell'informazione fornita.		Promuovere all'esterno un servizio e la sua visibilità sul territorio.	
Orientamento verso il canale più adeguato per ottenere una informazione relativa ad altri servizi.			

I contenuti del "Segretariato sociale" espressi dal Piano sociale nazionale sono sostanzialmente gli stessi della letteratura più autorevole. Infatti, secondo l'Ente italiano di servizio sociale (Eiss), il segretariato sociale ha le seguenti funzioni:

- informare;
- dare aiuto e consulenza, anche orientando verso il servizio giusto;
- essere un osservatorio sulla situazione globale della zona;
- promuovere la partecipazione e lo sviluppo della dimensione preventiva ed educativa della comunità.

L'ampia consonanza ci permette di semplificare le analisi e concludere su questo aspetto, prendendo atto che le funzioni della Porta unitaria di accesso sono in buona parte sovrapponibili a quelle del segretariato sociale, anche se le funzioni della prima sembrano, in qualche modo, assorbire anche quelle di quest'ultimo. La Porta unitaria, oltre a queste funzioni, sembra infatti gestire anche quelle più ampie dell'accesso ai servizi. Ne deriva che, al fine di garantire l'universalità e l'equità del sistema, alle Porte unitarie viene affidato il compito di promuovere e realizzare l'accesso al sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali attraverso l'esercizio delle funzioni del segretariato sociale, secondo quanto indicato anche all'art. 22 della l. 328/00, che eleva a rango di

livello essenziale queste prestazioni.

Come abbiamo visto, le quattro funzioni possibili della Porta unitaria di accesso sono quelle relative 1) all'informazione, 2) all'accompagnamento, 3) alla promozione e 4) di osservatorio. Non tutti i territori danno i medesimi contenuti a queste funzioni, per cui si ritiene importante sintetizzare nella tavola 2 in cosa si sostanziano tali funzioni.

### LE ESPERIENZE REGIONALI DI PORTA SOCIALE

L'indicazione nazionale è stata interpretata da oltre metà delle Regioni e da diversi Comuni con strutture dal contenuto simile ma variamente denominate.

Nell'esperienza delle Regioni occorre fare innanzitutto una prima importante distinzione relativa ai diversi percorsi seguiti: un primo gruppo di Regioni ha previsto porte d'accesso alle sole prestazioni sociali, mentre un secondo più ampio gruppo ha previsto porte unitarie d'accesso alle prestazioni sociali e sociosanitarie. In questo articolo, per ragioni di spazio ci occuperemo solo delle prime.

Un'altra precisazione occorre farla per gli aspetti terminologici. Il termine identificato dal Piano sociale nazionale per l'accesso alle prestazioni sociali, e cioè "porta unitaria di accesso", è stato utilizzato da diverse Regioni, ma non

per il servizio per cui era nato. È stato infatti utilizzato per prevedere servizi di accesso misto sia alle prestazioni sociali sia a quelle sociosanitarie. Pertanto, per evitare confusioni terminologiche, utilizzeremo il termine di "Porta sociale" per il indicare quei servizi che, pur utilizzando denominazioni diverse, si occupano dell'accesso alle sole prestazioni sociali, e utilizzeremo il termine "Punto unico di accesso" per i servizi che si occupano di accesso alle prestazioni sociali e sociosanitarie.

La Porta sociale è in sostanza la porta unitaria di accoglienza e di accesso al sistema integrato locale degli interventi e dei servizi sociali.

Sono quattro le Regioni (Emilia Romagna, Liguria, Marche, Umbria) che hanno previsto l'attivazione in tutti gli ambiti sociali territoriali delle porte sociali; a queste Regioni abbiamo aggiunto anche l'esperienza della città di Roma, anche se questo rende disomogeneo il confronto, perché la capitale d'Italia ha una popolazione che supera quella di 12 Regioni italiane.

Tutte le esperienze considerate affidano alle Porte sociali le funzioni di accoglienza/informazione e di accompagnamento/orientamento.

Due sole Regioni affidano alle Porte sociali anche la funzione di promozione. Su questo hanno lavorato solo le Regioni Umbria e Marche. L'idea portante del-

**TAVOLA 3 Le Porte sociali nelle Regioni italiane**

Funzioni	Informazione (e comunicazione)	Accompagnamento/ orientamento	Promozione (e organizzazione risorse della comunità)	Osservatorio	Presenza in carico
Regione					
Emilia Romagna	Sì	Sì	No	No	No
Liguria	Sì	Sì	No	No	No
Marche	Sì	Sì	Sì	No	No
Umbria	Sì	Sì	Sì	No	Sì
Roma	Sì	Sì	No	Sì	No

**Nota:** Diverse Regioni (Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, Molise, Piemonte, Puglia e Toscana) non sono presenti in questa tabella perché hanno previsto sportelli sociosanitari denominati "Punti unici di accesso". **Fonte:** Bibliografia.

**TAVOLA 4 Organizzazione delle Porte sociali**

Regione	Denominazione	Bacino di utenza	Personale impiegato	Livelli previsti
Emilia Romagna	Sportello sociale	Per ogni ambito sociale (media: 107.400 ab.)	Linee guida da emanare	
Marche	Ufficio di promozione sociale	Per ogni ambito sociale (media: 63.700 ab.)	Assistenti sociali e altro personale specializzato	Previsto un primo livello solo informativo gestito da patronati e altri soggetti.
Liguria	Sportello di cittadinanza	Per ogni ambito sociale (media: 84.700 ab.)	Assistente sociale	Previsti anche gli Sportelli sociali che, gestiti da altri soggetti (terzo settore), forniscono solo informazioni.
Umbria	Ufficio di cittadinanza	20.000 abitanti. Funzioni garantite in ogni Comune	2 assistenti sociali, 1 educatore, 1 comunicatore sociale	
Roma	Porta sociale	Più PS per ogni Municipio (media 67.000 ab.)		

**Nota:** Diverse Regioni (Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, Molise, Piemonte, Puglia e Toscana) non sono presenti in questa tabella perché hanno previsto sportelli sociosanitari denominati "Punti unici di accesso". **Fonte:** Bibliografia.

L'Umbria è quella di lavorare sui bisogni della comunità, cercando di superare la logica del servizio che si attiva solo su domanda. L'"Ufficio di cittadinanza" umbro in sostanza si propone in una logica proattiva che parte dai bisogni sociali diffusi per progettare azioni di territorio mirate, che devono rappresentare un investimento sociale nella comunità in cui opera perché diventi responsabile e competente. Le Marche, invece, hanno interpretato questa funzione puntando sulla creazione di spazi per l'autorganizzazione delle risorse della comunità (si offrono spazi ai cittadini affinché realizzino delle iniziative all'interno della rete dei servizi: mutuo aiuto, vicinato, reciprocità).

Solo la città di Roma aggiunge tra le funzioni anche quella di osservatorio/ monitoraggio dei bisogni, delle attività e delle risorse.

L'Umbria affida alle Porte sociali anche la funzione della "presa in carico" dell'assistito (cfr. tavola 3). Il processo di presa in carico, perché di processo si tratta, si connota come l'insieme delle attenzioni, degli interventi (sanitari, sociali, educativi, di politiche attive del lavoro, del sistema dell'istruzione, ecc.) e delle condizioni (organizzative e giuridiche) che, per l'intero periodo del bisogno (anche intero arco della vita) della persona, garantisca la costante e globale valutazione delle abilità della persona, dei suoi bisogni, e individui e

predisponga le azioni atte a garantirne la massima partecipazione alla vita sociale, economica e culturale, in relazione alle sue risorse e capacità.

Non si condivide l'idea di collocare la "presa in carico" nella Porta sociale, perché questo significa replicare l'organizzazione dei Servizi sociali. Significa collocare nella Porta sociale sia il Segretariato sociale sia il Servizio sociale professionale. Ma questo altro non è che la struttura portante dell'organizzazione di qualunque Servizio sociale comunale. A questo punto non si distinguerebbe più la porta di accoglienza e accesso dal resto dei servizi e non avrebbe senso l'uso della nuova terminologia della "Porta sociale". Verrebbe meno l'innovazione. L'Umbria lo ha fatto (cfr. tavola 3) probabilmente per far fronte alle carenze di molti Comuni del loro territorio che lamentavano l'assenza delle assistenti sociali, per cui, nel momento in cui si finanziava la realizzazione di nuove strutture nel territorio con la presenza delle assistenti sociali, diventava difficile limitare il loro lavoro a quello del Segretariato sociale. Nei piccoli Comuni la diffusione della Porta sociale ha spesso comportato la prima presenza organizzata dei servizi sociali.

Difficile spiegare localmente che poteva svolgere alcune funzioni e non altre. Questo orientamento rimane comunque discutibile, perché afferma un modello organizzativo confuso. Meglio sarebbe

allora prevedere un modello ortodosso di Porta sociale e prevedere un'ampia flessibilità in deroga per le realtà più piccole e fragili, permettendo che possa occuparsi anche della presa in carico degli utenti laddove manchino i servizi e il personale per questa funzione.

La terminologia utilizzata dalle Regioni per indicare le Porte sociali sono le più varie, tanto che in nessun caso coincidono fra di loro (cfr. tavola 4), ma questo non cambia la sostanza della loro attività.

Le Regioni hanno previsto l'attivazione delle Porte sociali in tutti gli ambiti territoriali sociali, fatta eccezione per l'Umbria che le ha previste ogni 20.000 abitanti indipendentemente dalla dimensione dell'ambito sociale territoriale. In qualche realtà si può arrivare anche a un bacino di utenza di oltre 100.000 abitanti, ma spesso sono previste sub-articolazioni della Porta sociale aperte per qualche ora settimanale anche nei piccoli Comuni (cfr. tavola 4).

La media teorica dei bacini di utenza stabiliti dalle singole Regioni è di 72.000 abitanti, mentre una precedente ricerca (Leone, Iurleo, 2004) effettuata invece sulle singole Porte sociali e sociosanitarie realizzate aveva verificato la presenza delle Porte ogni 104.200 abitanti.

Le realizzazioni quantitativamente più significative sono concentrate nel centro Italia. Nelle Marche, le Porte sociali sono presenti in tutti e 24 gli

ambiti sociali. In Umbria, nel 2005, erano stati realizzati 19 dei 36 Uffici di cittadinanza previsti, mentre in Emilia Romagna, dopo una prima sperimentazione, che ha visto realizzare 32 progetti in 30 delle 39 zone in cui è suddivisa la regione adesso si sta avviando a generalizzare la presenza della Porta sociale.

Sul personale da impiegare nelle Porte sociali ci sono poche indicazioni. Solo l'Umbria precisa che negli Uffici di cittadinanza sono impiegati 2 assistenti sociali, 1 educatore, 1 comunicatore sociale, in buona parte già impiegati, dato che nel 2005 nei 19 Uffici di cittadinanza erano occupate 73 persone. Si tratta di una dotazione di personale molto ricca e originale, che nessuna delle altre Regioni è riuscita a eguagliare, ma occorre tener conto che (a differenza delle altre Regioni) alle Porte sociali dell'Umbria sono affidati anche i compiti di presa in carico che sono molto impegnativi.

Visto che le funzioni principali sono comunque riconducibili al Segretariato sociale, le altre Regioni hanno previsto l'utilizzo della figura dell'assistente sociale a cui, in qualche caso, si affiancano altre figure, come l'operatore amministrativo (cfr. tavola 4).

In alcuni casi (Marche, Liguria) sono previsti due livelli organizzativi degli sportelli:

- Primo livello, fornisce sostanzialmente solo informazioni, ha accesso ai dati del Comune, opera in stretta collaborazione con il Comune, ma è gestito da altri soggetti come le farmacie, i centri sociali, le associazioni di volontariato, gli Urp, i medici di medicina generale, i patronati, ecc.;
- Secondo livello, costituito dalle Porte sociali gestite direttamente dal Comune, che erogano tutte le prestazioni previste e non solo quelle informative (cfr. tavola 4).

## I PUNTI UNICI DI ACCESSO (PUA) ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

Alcune delle Regioni che hanno previsto la Porta sociale hanno anche previsto un loro sviluppo successivo con l'aggiunta dell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie previo accordo gestionale con il distretto sanitario. È questo il caso della Regione Marche, che ha previsto un'evoluzione degli Uffici di promozione sociale in Punti unici di accesso alle prestazioni socio-sanitarie o, come la Liguria, che ha previsto presso lo sportello di cittadinanza la possibilità che anche lo Sportello integrato socio-sanitario dell'Asl (che svolge le stesse funzioni per le prestazioni socio-sanitarie) possa avere uno dei suoi punti di accesso.

In realtà, su questi aspetti relativi alla semplificazione dell'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari, il Ministero della Salute è arrivato in ritardo e senza riuscire a dare uno stimolo significativo alle Regioni. Quasi non ci sono riferimenti normativi negli atti nazionali. L'unico riferimento è reperibile nel recente documento di sperimentazione del modello assistenziale della "Casa della salute", dove si legge che "ai fini dell'integrazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali deve essere presente lo Sportello unico di accesso con personale dedicato". Troppo poco.

Ciononostante, diverse Regioni, forse influenzate dalle normative del sociale e dal dibattito del decennio scorso sulla semplificazione amministrativa, hanno precorso le indicazioni nazionali e hanno previsto e avviato i Punti unici di accesso alle prestazioni socio-sanitarie. In questa direzione si sono mosse le Regioni Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia e Toscana. La caratteristica di queste strutture è quella di permettere l'accesso unitario alle prestazioni sociali e socio-sanitarie e richiede la collaborazione stretta fra Comuni e Asl.

In qualche raro caso sono stati realizzati degli sportelli sanitari per l'accesso ai soli servizi sanitari distrettuali. È il caso, per esempio, dell'Emilia Romagna con lo sportello unico distrettuale e delle Marche con lo sportello della salute (quest'ultimo previsto ma non realizzato).

Per ragioni di spazio queste tipologie di servizi sanitari e socio-sanitari non sono trattati nel presente articolo.

## CONCLUSIONI

Il settore dei servizi sociali locali è caratterizzato da forti squilibri territoriali (fra le Regioni ma anche dentro le Regioni) e da scarsa equità nell'accesso ai servizi per cui l'organizzazione del welfare dell'accesso è allo stesso tempo

prioritario e strategico al fine di dare efficacia ed omogeneità al processo di riforma del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali. Questa esigenza ha prodotto risposte di diverso taglio organizzativo e funzionale da parte delle Regioni. Un primo gruppo di Regioni ha previsto e realizzato le "Porte sociali" quale strumento per l'accesso alle prestazioni sociali, mentre il gruppo più ampio di regioni ha previsto i "Punti unici di accesso" quale porta di entrata per le prestazioni sociali e socio-sanitarie (cfr. tavola 5).

La Porta sociale si è diffusa in modo importante nel centro Italia, offrendo esperienze di grande interesse che sono sotto gli occhi di tutti. La funzione informativa delle Porte sociali, insieme a quelle di orientamento, consulenza e promozione sociale, costituisce lo strumento organizzativo messo in campo dagli enti locali per garantire e facilitare l'accesso ai servizi. Si tratta di esperienze che rappresentano un passo avanti importante nell'organizzazione dei servizi, tanto più importanti perché in grado di facilitare e supportare i cittadini nei loro percorsi partecipativi o assistenziali.

Nel resto d'Italia si è scelto un modello diverso, che punta ad accogliere le domande di tipo sia sociale sia socio-sanitario e che spesso ha assunto la denominazione di "Punto unico di accesso". Si tratta di un'evoluzione della Porta sociale, seppur più complessa; non a caso, diversamente da questa, le esperienze dei Punti unici di accesso sono ancora quantitativamente modeste e non generalizzate.

Il quadro italiano delle esperienze in atto introduce un tema senza risposte definitive e cioè se sia meglio partire immediatamente con il modello più avanzato ma anche più complesso oppure realizzare innanzitutto una Porta sociale che funzioni, poi una Porta (socio)sanitaria del distretto sanitario che sia operativa e poi farle lavorare

TAVOLA 5 I modelli organizzativi dell'accesso alle prestazioni

Modelli	Regioni	Prestazioni	Note
1. Porta sociale senza presa in carico	Emilia Romagna, Liguria, Marche	Sociali	Modalità organizzativa della accoglienza che non si sovrappone all'organizzazione dei Servizi sociali.
2. Porta sociale con presa in carico	Umbria	Sociali	Riproduce modello dei servizi sociali (segretariato sociale + servizio sociale professionale).
3. Sportello sanitario	Emilia Romagna, Marche	Sanitarie	Per le prestazioni sanitarie distrettuali
4. Punto unico di accesso	Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana	Sociali, socio-sanitarie, sanitarie	In genere per prestazioni sociali e socio-sanitarie. Più raramente anche le altre prestazioni distrettuali.

insieme. Sono due percorsi paralleli che conducono nella stessa direzione ma con tempi ed efficacia che ancora non conosciamo.

I vari modelli, comunque, perseguono obiettivi comuni, quali:

- la semplificazione dell'accesso alle prestazioni;
- la realizzazione di ambienti dedicati all'accoglienza, disponibilità di strumenti telematici per favorire informazione e orientamento, definizione di procedure per l'accesso alle prestazioni;
- l'accompagnamento dell'utente;
- la definizione del sistema di valutazione del bisogno;
- il coordinamento degli operatori e la loro integrazione.

Si differenziano invece nella tipologia delle prestazioni (sociali e/o socio-sanitarie e/o sanitarie) e nella complessità delle collaborazioni istituzionali richieste (Comuni e/o Asl, ecc.).

Esistono dunque diversi modelli organizzativi dell'accesso alle prestazioni che partono dalla "Porta sociale", analizzata nel presente articolo, e che arrivano al Punto unico di accesso come approdo possibile ed auspicabile (cfr. tavola 5). I diversi modelli vanno interpretati come un percorso evolutivo che, attraverso l'autonoma costruzione di porte sociali e di sportelli sanitari, cerca di approdare al punto unico di accesso ai servizi sociali e socio-sanitari (e sanitari). Nell'una o nell'altra forma, tutte le realtà territoriali si dovranno comunque confrontare con la necessità di organizzare, semplificare e migliorare l'accesso alle prestazioni sociali, tenuto anche conto della collocazione del Segretariato sociale, che tanta parte è del welfare dell'accesso, tra i livelli essenziali delle prestazioni sociali (art. 22 della l. 328/00).

#### Bibliografia

- Bacciardi G., *Politiche e strumenti della semplificazione*, supplemento a *Prime Note*, 6, 2002.
- Buonagurelli A., "Lo sportello sociale: un'analisi dell'esperienza in Emilia Romagna", *Autonomie locali e servizi sociali*, 2, 2005.
- Dpr 3 maggio 2001, "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003".
- Leone L., Iurleo A., *La porta sociale: una buona pratica per l'accesso alla rete dei servizi*, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Roma, 2004.
- Regione Emilia Romagna, Dcr 22/5/2008, n. 175, "Piano sociale e sanitario 2008-2010".
- Regione Liguria, Dcr 18/11-4/1271001, n. 65, "Piano triennale dei servizi sociali 2002-2004 e indirizzi ai comuni per la redazione dei Piani di zona. Modifiche ed integrazioni alla deliberazione del consiglio regionale 6 luglio 1999 n. 44 recante il piano triennale dei servizi sociali 1999-2001".
- Regione Marche, Dgr 17/6/2003, n. 868, "Approvazione linee guida per la realizzazione degli Uffici di promozione sociale".
- Regione Marche, Dcr 29/7/2008, n. 98, "Piano sociale 2008-2010".
- Regione Umbria, Dgr 16/6/2004, n. 826, "Progetto sperimentazione Uffici di cittadinanza. Adozione linee guida per gli Uffici di Cittadinanza".

# Le funzioni del welfare dell'accesso

Giovanni Devastato

Università La Sapienza, Roma

Il welfare dell'accesso, inteso come primo livello delle prestazioni sociali da garantire su scala di Ambito territoriale, costituisce una risorsa strategica per la dotazione di infrastrutture della cittadinanza con caratteri di universalità e capillarità. Pertanto diventa necessario individuarne le funzioni cardine al fine di declinare le dimensioni operative e gli elementi organizzativi che ne sostanziano la valenza innovativa.

La riforma del sistema di welfare italiano si è andata caratterizzando negli ultimi anni per l'accentuata localizzazione delle politiche e delle responsabilità programmatiche, incrementando sempre più lo sviluppo di un sistema locale di protezione sociale attiva.

Veniamo da un modello sociale che ha privilegiato una politica centralizzata di trasferimenti monetari, nell'ottica propria degli schemi assicurativi del welfare fordista, con una centratura sullo *status* di lavoratore e non sulla sfera di una cittadinanza inclusiva.

Con l'ultima stagione riformatrice, però, il nostro welfare nazionale ha assunto una diversa configurazione, connotandosi sempre più come "sistema organizzato di servizi differenziati" (prevedendo un *mix* di erogazioni economiche e offerte di percorsi assistenziali) non più basato massicciamente su misure risarcitorie post-evento, ma centrate su azioni generative mediante la costruzione di "infrastrutture di cittadinanza" nel territorio.

L'implementazione di questa nuova logica sociale ha ridisegnato, pertanto, la geografia della cittadinanza, in quanto i sistemi locali di welfare diventano luoghi e processi di realizzazione di diritti sociali a intonazione universalistica e ad impronta comunitaria.

In tal modo si sta dando vita a un "sistema di investimento sociale fondato su una visione di welfare attivo con caratteristiche positive" (Giddens, 2007), la cui pregnanza è riconducibile a tre punti di forza:

- la centralità dei processi preventivi e proattivi;
- l'attenzione ai percorsi di vita, in una logica di crescita e cambiamento, con la personalizzazione degli interventi;
- la promozione di nuovi stili amministrativi.

La doppia leva su cui puntare è l'accrescimento del capitale umano (l'acquisizione delle competenze e delle capacità di fronteggiamento) e del capitale sociale (reti di fiducia e di scambio nel territorio), attraverso la coniugazione/intreccio tra politiche sociali e politiche di sviluppo locale all'interno di una strategia di coesione sociale.

Ciò favorisce il disegno di una visione di sistema, in quanto richiede la capacità di declinare in maniera integrata i diversi comparti delle politiche pubbliche, come dimostrano alcuni fenomeni recenti, ad esempio, le badanti extracomunitarie per le quali è necessario attivare congiuntamente politiche migratorie, politiche di cura e politiche del lavoro.

In altre parole, fare politica sociale oggi vuol dire orientarsi verso un modello di sviluppo integrato, in cui le politiche sociali rispondono al duplice imperativo dell'integrazione e della trasversalità.

Infatti, il "locale" non è solo uno spazio geografico o un puro dato amministrativo, ma è la comunità di cittadini, il laboratorio dove si definiscono nuove politiche pubbliche orientate a creare sistemi locali di welfare attraverso processi decisionali inclusivi e procedure partecipate di deliberazione pubblica.

Lo sviluppo del welfare locale richiede, dunque, un nuovo stile amministrativo da parte delle istituzioni ispirato a pratiche di:

- pianificazione strategica;
- progettazione partecipata;
- promozione di *partnership* territoriale;
- *public governance*.

## MODULI AVANZATI DI SEGRETARIATO SOCIALE NELLA PROSPETTIVA DEL WELFARE DELL'ACCESSO

È in questa cornice teorico-concettuale che assumono una rilevanza cruciale nuove modalità organizzative di offerte territoriali, che si traducono in vere e proprie strutture locali di servizi di base che, proprio per questa funzione primaria, inverano un livello essenziale del welfare locale: quello dell'accesso universale e dell'accoglienza globale dei cittadini.

Infatti, il welfare d'accesso viene indicato dalla l. 328/00 come un livello essenziale del sistema integrato di interventi e servizi sociali (art. 22, comma 4), in quanto strettamente connesso all'esercizio dei diritti di cittadinanza e, in particolare, alla possibilità concreta di primo contatto con la rete organizzata delle prestazioni sociali disponibili sul territorio.

Pertanto, nell'architettura multilivello del sistema differenziato di welfare,<sup>1</sup> la prima linea è svolta dalle funzioni generaliste (ma non generiche) del welfare di accesso che universalizza i processi di accoglienza e orientamento, in quanto rivolto alla totalità dei cittadini per la generalità delle problematiche, enfatizzando l'aspetto consulenziale e supportivo del lavoro sociale (come vedremo in seguito) e riqualificando la componente prestazionistica, superando i limiti dell'approccio clinico-assistenziale.

La declinazione tecnico-operativa di questa unità di offerta prende il nome (non del tutto originale, anzi abbastanza datato e "stratificato") di Segretariato sociale,<sup>2</sup> che ha lo scopo di riorganizzare in modo nuovo e più evoluto le funzioni tipiche del Servizio sociale di base, rappresentando il primo nodo di ingresso al sistema territoriale dei servizi come parte integrante del sistema di welfare locale, dove si pratica un'accoglienza globale del cittadino.

Secondo il Piano sociale nazionale 2001-2003 (parte III), la funzione essenziale del Segretariato sociale risponde all'esigenza primaria dei cittadini di:

- "avere informazioni complete sulla gamma dei diritti, delle prestazioni e delle modalità di accesso al sistema locale dei servizi sociali e al sistema dei servizi sociosanitari";
- "conoscere le risorse sociali disponibili nel territorio in cui i cittadini vivono, che possono risultare utili per affrontare esigenze personali e familiari nelle diverse fasi della vita".

In particolare, sempre secondo il Piano nazionale, "l'attività di segretariato sociale è finalizzata a garantire:

unitarietà di accesso, capacità di ascolto, funzione di orientamento, funzione di filtro, funzioni di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse, funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi".

In quest'ottica, il Segretariato sociale costituisce il dispositivo di base attraverso il quale si punta ad alimentare la tenuta dei legami sociali e delle relazioni comunitarie in direzione dell'*empowerment*.

Di conseguenza, pur avendo un'importante componente informativa, i servizi dell'accesso, intesi come moduli avanzati di un moderno Segretariato sociale, non sono assimilabili con le operazioni tipiche di uno sportello informativo: non è in gioco semplicemente uno scambio informativo tipico di una postazione *front-office*,<sup>3</sup> ma una macrofunzione più complessa che vuole configurare la cosiddetta "porta unitaria di accesso" alla rete dei servizi con modalità proattive e relazionali, una delle quali è sicuramente l'attività di *counselling* sociale, che si caratterizza per la riconosciuta centralità alle dimensioni dell'ascolto, dell'orientamento, dell'affiancamento leggero, della guida relazionale, del supporto sociale e del coordinamento di rete.

## LE FUNZIONI CARDINE DEL WELFARE DELL'ACCESSO

Questa macrofunzione complessa, a sua volta, si declina e articola al suo interno in un quadrilatero di funzioni specifiche.

### Funzione 1. Informazione

La funzione informativa, che costituisce la base delle attività di Segretariato senza esaurirsi in essa, comprende tutte quelle attività che, partendo dall'ascolto dei bisogni/ricieste dell'utente, informano e orientano lo stesso sulle risorse disponibili in un dato territorio e sulle modalità di accesso ai servizi locali. La funzione informativa può contemplare la risposta a una data domanda, il sostegno all'utilizzo delle informazioni ricevute, o l'orientamento verso il canale più adeguato per ottenerla. Può contemplare, inoltre, l'erogazione di prestazioni di base come il disbrigo pratiche.

### Funzione 2. Promozione

Un servizio di accesso svolge una funzione di promozione nel momento in cui esplica una modalità proattiva e di animazione territoriale con l'obiettivo di:

- promuovere all'esterno un servizio e la sua visibilità sul territorio (logica del servizio che si auto-promuove);

- tutelare l'esigibilità dei diritti sociali dei cittadini/utenti e promuovere il corretto utilizzo del Sistema integrato dei servizi sociali (logica del sistema);
- sviluppare reti di partenariato e di *empowerment* territoriale (logica di rete).

A tale proposito, può svolgere le seguenti attività:

- distribuzione di informazioni sull'istituzione e/o funzionamento di specifici servizi;
- distribuzione di informazioni rispetto a opportunità di accesso ai servizi in relazione ad aree di bisogno e azioni di *marketing* mirato;
- distribuzione di informazioni sulle risorse disponibili sul territorio (nodi della rete).

### Funzione 3. Accompagnamento

La funzione di accompagnamento costituisce una fase più avanzata rispetto a quella informativa e promozionale. Tale funzione si attiva in presenza di richieste o casi che richiedono:

- una prima analisi del caso, per fornire indicazioni appropriate sul servizio richiesto;
- un affiancamento all'utente nella fase di accesso al servizio richiesto (compilazione domanda, contatto con personale del servizio);
- un percorso di facilitazione per la messa in contatto dell'utente con il Ssp o l'Uvm, nell'eventualità in cui il caso sia di tipo complesso;
- la costruzione di sinergie operative con il Ssp o l'Uvm per l'elaborazione del progetto personalizzato fino alla decisione di avviare un piano personalizzato mediante una presa in carico strutturata (che, in questo caso, chiama in causa un servizio di secondo livello).

### Funzione 4. Osservatorio

La funzione di osservatorio consiste nell'attività di raccolta di dati sulla domanda tramite attività di *front-office*, realizzazione di ricerche mirate, loro analisi e interpretazione dei dati sull'utenza, per l'elaborazione di relazioni o rapporti sociali. Può consistere anche nell'attivazione di analisi di *customer satisfaction*, gestione dei reclami e valutazione della capacità di risposta.

Si tratta di quell'attività che qualifica il servizio come centro di lettura e sensore delle dinamiche del territorio, che consente agli operatori di recuperare quella dimensione fondamentale dell'agire professionale che consiste nelle pratiche di riflessività o di "conversazione riflessiva con la situazione" (Schön, 1999).

Per questi motivi, nel campo degli studi e delle ricerche sulla metodologia dei processi formativi rivolti ad adulti

immersi in contesti lavorativi complessi, si sta facendo strada la “svolta riflessiva”, secondo cui la formazione consiste nell’accompagnare e promuovere lo sviluppo di comunità professionali riflessive (Fabbri, 2007).

Saper attivare processi di riflessività e, conseguentemente, di continua crescita professionale, è una delle caratteristiche essenziali dell’operatore sociale in grado di affrontare le sfide che emergono da contesti operativi in divenire. Un tale professionista riflessivo è capace di conoscere nell’azione e riflettere sull’azione e nel corso dell’azione (nel senso di pensare a ciò che viene fatto nel momento in cui si sta agendo) per adeguare il proprio agire professionale ai bisogni sociali e contesti organizzativi dominati dall’incertezza (Schön, 2006).

Ciò dà luogo a un approccio situazionale in cui “il fertile disordine della pratica” (Fabbri, 2007) si configura come terreno generatore di saperi contestualizzati, localmente costruiti, che si concretano nelle azioni del welfare municipale, nelle quali si sviluppano le cosiddette pratiche di comunità (ossia il lavoro sociale di comunità).

## LE DIRETTRICI DEL PROCESSO DI INNOVAZIONE NELL’AMBITO DEL WELFARE DELL’ACCESSO

Dall’insieme delle funzioni descritte, emergono tre direttrici importanti nel processo di innovazione, in quanto il livello dell’accesso si connota:

1. come servizio universale che interpreta la funzione sociale pubblica rispetto alla sfera dei diritti sociali di cittadinanza; è per questa ragione che ha senso parlare, a proposito di questo servizio, di una nuova “infrastruttura sociale di base”, come pavimentazione essenziale del territorio in ordine alla garanzia dell’accesso ai servizi, all’universalità delle prestazioni e all’esigibilità dei diritti;
2. come servizio per la normalità; si interviene nei circuiti ordinari della vita quotidiana e nelle varie fasi del ciclo vitale dei cittadini; a questo riguardo si sottolinea, molto opportunamente, come questa particolare curvatura del servizio non può limitarsi all’erogazione di prestazioni specialistiche, ma rinvia all’esigenza di politiche sociali complessive (abitative, del lavoro, del reddito, ecc.);
3. come servizio per generare e sviluppare capitale sociale; quest’ultimo costituisce un obiettivo centrale, ridefinendo il servizio sociale non tanto in termini di strutture, ma di processi e, in particolare, di processi sociali e interorganizzativi; in questa direzione si

muovono “quei servizi o quei sistemi di servizi che tendono a misurare l’azione e i suoi esiti non sulle prestazioni erogate, bensì sulle relazioni attivate, sulle reti istituite; non su singole operazioni, ma su connessioni” (Bifulco, 2003).

## LA CENTRALITÀ STRATEGICA DEL CAPITALE SOCIALE NEI PERCORSI DI ACCESSO

Abbiamo osservato in precedenza che i servizi del welfare dell’accesso, per loro stessa natura, sono connessi e, nel contempo, creano connessioni; in altre parole, sono diffusori di capitale sociale ed essi stessi rappresentano un giacimento importante della dotazione di capitale sociale di un dato territorio.

Tale considerazione ci induce a sottolineare la dimensione strategica di questa componente nell’attivazione di percorsi e/o servizi di accesso.

Infatti, per capitale sociale intendiamo la rete di relazioni capace di mobilitare l’azione collettiva e, in particolare, di promuovere l’agire cooperativo in cui i beni prodotti diventano beni collettivi fondati su processi sostenibili in termini di coesione sociale e legami di comunità (Donolo, 2003).

È propriamente in questo senso che sosteniamo la necessità di un cambio di paradigma in grado di promuovere un viraggio da una logica di aiuto sociale a una logica sociale di aiuto.<sup>4</sup>

Si tratta di lavorare sui processi di abilitazione e capacitazione mediante la cura dei beni comuni, suscitando l’*agency*<sup>5</sup> in cui i cittadini, da destinatari passivi, diventano co-agenti delle scelte e degli interventi che li riguardano, valorizzando i potenziali locali e moltiplicando i reticoli di fiducia e le relazioni primarie a carattere informale.

Partecipazione discorsiva, riflessività, *governance* e sussidiarietà costituiscono la nuova grammatica per l’efficacia delle politiche pubbliche di welfare, alimentando e coltivando spazi pubblici necessari per lo sviluppo di welfare locali.

## OLTRE L’ACCESSO ...E POI?

Vogliamo concludere con un interrogativo di non poco conto: abbiamo sostenuto che il welfare dell’accesso è il primo livello delle azioni di welfare; ma come operano o, meglio, come sono organizzati i successivi livelli? Basta innovare nel punto di ingresso e lasciare immutato il retrostante impianto strutturale? Qualsiasi operatore di buon senso risponderebbe certamente no. Eppure le cose non sono così scontate.

Pertanto bene hanno fatto quegli amministratori locali che, volendo investire nei servizi di primo ingresso (nelle

variegate formulazioni che questi dispositivi hanno avuto: Sportelli sociali, Porte sociali, Uffici della cittadinanza, Uffici di promozione sociale, ecc.) hanno affrontato il nodo della riconfigurazione complessiva dell’assetto organizzativo del sistema locale di offerta, intrecciando strettamente l’innovazione di servizio (le porte sociali) con l’innovazione di sistema (l’architettura multilivello del sistema di welfare locale).

In altre parole, questi percorsi hanno senso se diventano volani di trasformazione dell’assetto dei servizi esistenti e meccanismi propulsivi di un nuovo modo di operare nelle comunità, al punto tale che la questione-chiave non riguarda tanto il *design* di un nuovo servizio, quanto piuttosto la rimodulazione di una nuova logica di lavoro sociale.

## Bibliografia

- Bifulco L., *Il genius loci del welfare locale*, Officina, Roma, 2003.
- Devastato G. (a cura di), *Pratiche di welfare municipale*, Ediesse, Roma, 2007.
- Donolo C., *Il distretto sostenibile. La cura di beni comuni*, Angeli-Eutropia, Milano-Roma, 2003.
- Fabbri L., *Comunità di pratiche e apprendimento riflessivo*, Carocci, Roma, 2007.
- Folgheraiter F., *La logica sociale dell’aiuto*, Erickson, Trento, 2007.
- Giddens A., *L’Europa nell’era globale*, Laterza, Bari, 2007.
- Schön D. A., *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedalo, Bari, 1999.
- Schön D. A., *Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell’apprendimento nelle professioni*, Franco Angeli, Milano, 2006.

## Note

1 Con questa espressione ci riferiamo al disegno organizzativo che molti piani territoriali (in particolare la Regione Umbria e il Comune di Roma) hanno previsto per differenziare, seppur in una logica unificante e coordinata, i livelli di intervento, articolandoli in base a criteri di intensità e complessità assistenziale, e che sono stati definiti livelli di welfare.

2 La storia semantica di questo termine è abbastanza lunga e nel corso della sua evoluzione ha subito diverse declinazioni, fino a quella recente di servizio incardinato dentro il welfare dell’accesso con tutte le sue nuove implicazioni.

3 Infatti, dal nostro punto di vista, non è corretto identificare il Segretariato sociale con lo Sportello sociale, in quanto nel primo servizio entrano in gioco anche altre funzioni che superano la logica puramente informativa o di semplice *front-office*.

4 Riprendiamo qui la suggestione (ma non solo) del titolo dell’ultimo libro di Folgheraiter, 2007.

5 Usiamo questo termine nel significato ad esso attribuito nella produzione teorica di A. Sen.

La Direzione e la redazione di *Prospettive Sociali e Sanitarie* sono vicini al vicedirettore Ugo De Ambrogio per la recente scomparsa di suo padre Aldo De Ambrogio.

# Gli Uffici della cittadinanza in Umbria

Adriana Lombardi

Dirigente Servizio sociale, Regione Umbria

## L'INNOVAZIONE DI WELFARE

Il progetto d'innovazione sociale dell'Umbria, facendo una semplificazione, si potrebbe sintetizzare nel passaggio "da un sistema sociale di erogazione al welfare dello sviluppo umano", a un sistema di protezione sociale che sappia coniugare i diritti sociali non solo sul versante del possesso dei beni, avere prestazioni, ma sul versante dell'esercizio delle capacità delle persone, di produrre soluzioni.

In questo approccio, la risorsa umana acquista una straordinaria centralità e non si estrinseca solo attraverso l'azione degli operatori, ma consiste in quella persistenza di reti e norme di reciprocità, di relazioni e attività su base locale (capitale sociale) che in un clima di reciproca affidabilità diventano fattori di coesione, di sviluppo di competenze, fattori di sviluppo umano.

In tal senso, la dimensione comunitaria costituisce il paradigma per:

- il radicamento dei servizi nella comunità di riferimento, come capacità di coinvolgimento e accoglienza di tutte le forme del disagio, attraverso una riorganizzazione del sistema (una rete di servizi) in grado di ascoltare i vissuti delle persone, di interloquire con gli stati di bisogno/disagio/difficoltà sociali, di informare e orientare dentro la complessità e la molteplicità degli stimoli ai quali si è esposti, di accompagnare nei momenti di maggiore insicurezza e fragilità;
- sviluppare una responsabilità diffusa nell'ottica della sussidiarietà e dell'ottimizzazione delle risorse, promuovendo le capacità e le competenze delle persone.

Gli Uffici della cittadinanza traducono concretamente il welfare comunitario, ovvero riqualificano l'offerta sociale (non un di più di servizi ma di azioni sociali per promuovere, attraverso processi di autoriconoscimento e apprendimento collettivo, una comunità competente e solidale) e riqualificano il servizio sociale (non solo erogazione

ma progettazione), includendo il territorio come partner attivo nella costruzione dei processi di risposta.

Costituiscono la modalità di universalizzazione del sistema, intesa come accessibilità alla funzione sociale pubblica (l. 328/00), con la quale si pone termine all'intervento discrezionale dei sistemi pubblici in ordine ai bisogni sociali, che pertanto devono ottenere una risposta organizzata e garantita dalle istituzioni che ne hanno la titolarità.

Con gli Uffici della cittadinanza si è inteso organizzare, in capo ai Comuni che ne sono titolari, un sociale per la generalità delle problematiche e per la generalità delle persone, diffuso sul territorio mediante una rete di servizi che, accanto a funzioni storiche come quella dell'aiuto alle persone e alle famiglie, fossero in grado di mettere a leva le risorse presenti nella comunità, con l'obiettivo di ricostruire e sviluppare capitale sociale.

## GLI UFFICI DELLA CITTADINANZA: SERVIZI INNOVATIVI CHE INTENDONO INTERPRETARE LA FUNZIONE SOCIALE PUBBLICA

Configurano una terza generazione di servizi (dopo quelli collettivi anni '70 e quelli a domanda individuale anni '80), più leggeri, diffusi sul territorio, per rispondere a quel bisogno sociale diffuso che ha acquistato rilevanza collettiva: il bisogno di orientamento, accompagnamento, mediazione che connota le aree di fragilità sociale emergenti, prodotte dai nuovi rischi sociali (i rischi della modernizzazione non previsti: invecchiamento, precarizzazione del lavoro e della famiglia, la trasformazione dei rapporti di genere, ecc.).

L'innovazione non consiste nell'introduzione di una nuova tipologia di servizio, come variabile di un sistema che resta invariato, ma consiste nel procedere a una trasformazione organizzativa che riguarda il sistema territoriale dei servizi, le tipologie di operatori, il modo di fornire le prestazioni, le rela-

zioni con il contesto che i nuovi bisogni (rischi sociali) e le mutate finalità dell'azione sociale (garanzia dei diritti di cittadinanza) richiedono.

Gli Uffici della cittadinanza si propongono come innovazione di processo e di servizio.

L'Ufficio della cittadinanza, organizzato per bacini di utenza con uno standard di 1/20.000 abitanti a scala di Ambito, costituisce l'elemento che rimodula e innova il sistema in quanto:

- fa del sociale un'infrastruttura del territorio; radica sul territorio la funzione sociale pubblica accanto a quella educative e a quella sanitaria;
- introduce un'altra idea di servizio sociale pubblico, un servizio che fa leva in primo luogo sulla risorsa umana, sulle capacità delle persone con cui interagisce e sulla promozione di queste capacità, e ciò ha a che fare con il modo in cui si organizza e opera;
- introduce un'altra idea di lavoro sociale, che si muove non più sull'asse domanda/risposta, ma a partire dai bisogni sociali diffusi; progetta azioni di territorio mirate che costituiscono l'investimento in quella comunità (microprogettualità sociale), accanto all'aiuto alle persone e alle famiglie mediante l'erogazione delle prestazioni socio-assistenziali proprie del servizio sociale di base;
- riorganizza il servizio sociale professionale a scala micro-territoriale con la costituzione dell'equipe sociale di territorio, allargandolo alla collaborazione di altre figure professionali e ad altre funzioni, comunicative ed educative.

Cambia con questo Servizio la pratica del "lavoro sociale".

Supera l'idea del servizio che si attiva esclusivamente su domanda, parte dai bisogni sociali per progettare azioni di territorio mirate (micro-progettualità sociale), che devono rappresentare un investimento sociale appropriato per quella comunità perché sviluppi la capacità di assumere i problemi che si aprono al proprio interno.

Opera in una logica proattiva: orienta gli eventi, definisce obiettivi, investe nella conoscenza del contesto per fare leva sui fattori di sviluppo, fa azione di monitoraggio sul proprio lavoro sociale.

Restituisce ai decisori dati e conoscenze utili per una programmazione appropriata.

Ai sensi della l. 328/00, l'Ufficio della cittadinanza costituisce il livello organizzativo che ricomprende il segretariato sociale e il servizio sociale professionale, ovvero è il servizio sociale pubblico dei Comuni associati (ex Dpr 616/77) che eroga le prestazioni socio-assistenziali

proprie del servizio sociale professionale (segretariato sociale, piani di aiuto alle persone e alle famiglie, ecc.).

## La sperimentazione degli Uffici della cittadinanza

È stata intesa come strumento per validare un nuovo modello di servizio territoriale orientato alla riqualificazione dell'offerta sociale e alla riorganizzazione e riqualificazione del servizio sociale di base.

Si è trattato di transitare gradualmente da un assetto a un altro, secondo una logica incrementale, che vuol dire assumere un obiettivo condiviso, perseguirlo mediante la definizione di un percorso condiviso, operare tutti gli aggiustamenti necessari *in itinere* in tempi sostenibili.

All'interno del servizio vengono ridefinite e riqualificate anche le funzioni del servizio sociale professionale. Sono servizi che praticano due tipologie integrate di presa in carico, una "macro", nei confronti della comunità di riferimento, e una "micro", nei confronti delle singole situazioni.

In questo quadro si innalza lo standard qualitativo degli operatori che fanno lavoro sociale, passando da operatori del disagio a gestori di processi complessi e mediatori per lo sviluppo.

È necessario accompagnare il cambiamento con un'attività formativa costante, con l'obiettivo di sviluppare una capacità di lavorare in *team*.

La sperimentazione ha consentito di avviare la riorganizzazione del servizio sociale di base con la costituzione di equipe sociali interprofessionali territoriali, comprensive del servizio sociale professionale allargato alla collaborazione di altre figure e altre funzioni, con particolare riferimento a quelle educative e della comunicazione sociale.

Lo staff dell'Ufficio della cittadinanza è composto da 2 assistenti sociali, 1 educatore e 1 esperto in comunicazione sociale.<sup>1</sup>

All'equipe si richiede un lavoro di squadra nell'ottica dell'integrazione delle competenze, della contaminazione delle culture professionali, della condivisione, dove gli operatori sono interdipendenti (non intercambiabili) e i compiti di ognuno sono suscettibili di ridefinizione negoziata all'interno dell'organizzazione del Servizio.

Nella prassi è stato possibile individuare alcune funzioni come trasversali:

- la promozione di reti solidali;
- l'accoglienza sociale;
- la gestione della ricerca-azione;

Le funzioni dell'ufficio della cittadinanza sono quelle di:

- organizzare risorse comunitarie;

- decodificare la domanda e i processi sociali in atto sul territorio;
- progettare azioni di territorio;
- mettere in rete, orientare, accompagnare;
- erogare prestazioni socio-assistenziali.

## Il Modello operativo dell'Ufficio

Il servizio sociale professionale sviluppa il suo ruolo in tutte le sue componenti: presa in carico,<sup>2</sup> ricerca/intervento, progettazione di interventi comunitari, piani di aiuto alle persone e alle famiglie.

L'accoglienza viene effettuata nell'ambito dell'equipe, che legge e orienta la domanda secondo i caratteri che presenta (scheda di accoglienza).

La domanda non immediatamente codificabile costituisce la variabile che orienta l'invio al servizio sociale e alla valutazione dell'equipe.

Il lavoro di equipe comporta la riabilitazione, a cadenza settimanale, delle istanze e del lavoro sociale.

Le metodologie da adottare sono:

- il lavoro in gruppo e di gruppo;
- il lavoro di rete;
- la co-progettazione;

I collegamenti da attivare sono:

- il collegamento funzionale con l'Ufficio di piano;
- i collegamenti con i cittadini e la comunità;
- i collegamenti con i servizi educativi e sociosanitari territoriali;

Le azioni da intraprendere:

- la lettura del territorio-comunità con la "griglia" comune;
- la progettazione di azioni di territorio mirate;
- la sistematizzazione di dati/informazioni.

La sperimentazione è stata accompagnata da un'attività di assistenza tecnica (con predisposizione di linee operative di intervento), da azioni di comunicazione sociale e soggetta ad azioni di monitoraggio, di verifica e di supervisione, curate e coordinate dalla Regione, che si è avvalsa anche di supporti scientifici e professionali esterni.

Per il monitoraggio sono stati messi a punto una serie di strumenti tecnici volti a definire il percorso e le fasi e ad individuare i vincoli rispetto ad alcune dimensioni del servizio (per esempio, interprofessionalità dell'equipe, modalità di ascolto del territorio).

Per l'operatività sociale del Servizio è stata messa a punto la scheda di accoglienza sociale, la griglia di lettura del territorio-comunità, la scheda di rilevazione delle associazioni.

La sperimentazione è stata finanziata dalla Regione Umbria con un pac-

chetto di risorse da trasferire ai Comuni sede di sperimentazione, sulla base di alcuni vincoli che attengono al rispetto di standard di processo e di servizio.

Tre questioni emergono nell'ambito di questa innovazione all'attenzione delle istituzioni:

1. consolidare la cultura e la struttura dell'Ambito come complesso istituzionale;
2. dare sviluppo al cambiamento organizzativo avviato con gli Uffici della cittadinanza mediante una riprogettazione del sistema dei servizi nell'ottica dell'Ambito;
3. elevare la capacità di governo del processo da parte dei Comuni, in termini di verifica di efficienza delle risorse, di valutazione degli esiti, di progettazione e coprogettazione.

## La struttura operativa a oggi

Sono operativi 30 Servizi, le cui funzioni, di fatto, si estendono sui diversi territori, oltre il bacino demografico standard (20.000/24.000 ab.), realizzando 55 punti di contatto al Servizio dei cittadini dell'Ambito di riferimento. Considerando che a regime è prevista una rete di 35 Uffici, questa si può considerare realizzata già per l'85%, con una copertura demografica superiore ai 600.000 abitanti.

### Note

<sup>1</sup> La scelta della Regione, nell'ambito della sistematizzazione delle professioni sociali, è quella di non prevedere un apposito profilo professionale, ma un operatore con formazione universitaria con competenze acquisite o da acquisire nell'ambito della comunicazione pubblica, in quanto la figura del comunicatore rappresenta un sistema di funzioni che si esplicano sul piano dell'informazione/conoscenza (sistema organizzativo dei servizi e diritti e doveri dei cittadini) e della comunicazione/promozione (*marketing* sociale).

<sup>2</sup> La presa in carico è una componente trasversale alle fasi costitutive del processo assistenziale, e non è una fase a sé stante. L'Ufficio della cittadinanza resta il riferimento di contesto, dall'insorgenza alla soluzione delle problematiche sociali, individuali e non, in tal senso è il servizio che accoglie/accompagna curando il contesto all'interno del quale insorgono e più facilmente si risolvono i problemi di vita delle persone e delle famiglie. In questo quadro si può prevedere un'articolazione dei modelli di erogazione del servizio sociale laddove si richiedono interventi e supporti specialistici, aggiuntivi all'intervento sociale dell'ufficio della cittadinanza, che comportano uno spostamento della presa in carico su altri livelli decisionali del percorso assistenziale:

Per il servizio sociale professionale significa, in tal caso, mettere in campo una competenza socio-clinica non richiesta nel lavoro sociale dell'Ufficio della cittadinanza.



# L'Ufficio di promozione sociale nel Comune di Ancona

Patrizia Ruti, Paola Sarzani  
Assistenti sociali, Comune di Ancona

Nel 2004, il Comune di Ancona si è posto l'obiettivo di riorganizzare i servizi sociali al fine di migliorarne l'accesso da parte della cittadinanza, aderendo sia ai provvedimenti legislativi in materia di assistenza sociale (legge quadro di settore n. 328/2000), sia in attuazione della Delibera della Giunta regionale n. 868 del 17 giugno 2003, contenente le linee guida sull'organizzazione degli Uffici di promozione sociale.

Tale modifica organizzativa si è concretizzata, nella città/ambito di Ancona, dapprima nell'istituzione di un distretto sociale unico, coincidente con quello sanitario dell'Azienda sanitaria unica regionale (Asur ZT 7), suddiviso nelle quattro sedi distrettuali e successivamente nell'apertura degli Uffici di promozione sociale. Il distretto sociale unico è stato pensato per permettere una gestione unitaria delle attività, l'adozione delle stesse procedure e una più efficiente utilizzazione del personale.

## DEFINIZIONE DI UPS

Alla luce delle indicazioni contenute nelle direttive regionali (Linee guida per la redazione degli Uffici di promozione sociale) recepite nel Piano sociale, è stata elaborata la seguente definizione di Ups: "L'Ups è la porta unitaria di accesso al sistema integrato locale degli interventi e dei servizi sociali".

## FINALITÀ

L'Ups, inteso come servizio sociale rivolto a tutta la cittadinanza, rappresenta il nodo fondamentale della rete dei servizi sociali e porta di accesso alle diverse prestazioni e risorse sociali disponibili sul territorio.

L'Ups è volto a favorire:

- trasparenza in relazione ai percorsi possibili di esercizio dei diritti;
- unitarietà dell'accesso ai servizi (semplificazione e potenziamento della capacità/possibilità di scelta);
- riduzione delle asimmetrie, soprattutto informative, tra cittadino e istituzione.

Viene in tale ottica valorizzata la finalità di raccordare i bisogni, i problemi e le risorse degli utenti con le risorse personali e materiali della rete dei servizi, in un'ottica di programmazione delle attività sociali che mirino "al recupero e al rafforzamento delle capacità di autonomia del soggetto e a garantire percorsi di inclusione piuttosto che azioni di mantenimento e contenimento" (Piano regionale sociale Marche 2003, p.17).

## FUNZIONI

### Informazione e prima accoglienza

L'operatore che accoglie il cittadino si pone in un atteggiamento di ascolto "attivo", fornisce informazioni e notizie sui servizi pubblici, privati e del volontariato attivi sul territorio, consultando la rete telematica, dà indicazioni sulle modalità di fruizione e le condizioni di accesso degli stessi; rilascia moduli e documentazione, prende in considerazione proposte di collaborazione da parte dei cittadini, raccoglie segnalazioni di eventuali disfunzioni della rete dei servizi.

### Segretariato sociale

Il segretariato sociale svolto dall'Ups non va visto come un doppiante di altri servizi deputati a dare informazioni generiche (vedi L'Ufficio relazioni con il Pubblico, Urp), né dei servizi di categoria (Informagiovani, Informadonna, Servizi per anziani, disabili, ecc.). Esso favorisce visibilità e pubblicità alla rete dei servizi, garantendo in tal modo i diritti di cittadinanza. Esso rappresenta una modalità organizzativa nuova, in quanto diviene punto di riferimento non solo per gli operatori sociali interni all'organizzazione cui l'Ups appartiene, ma anche per professionalità esterne e diverse. Le attività del segretariato sociale differiscono da quelle tipiche del servizio sociale professionale; infatti, le prime si configurano come un servizio alla persona e alla famiglia per l'informa-

zione sociale, con una prima valutazione del bisogno, le seconde hanno lo scopo di una presa in carico della persona e della situazione problematica, attraverso l'attivazione di progetti e percorsi individualizzati. L'Ups, pertanto, non fa la presa in carico della persona, che viene invece affidata al Servizio sociale professionale del distretto sociale.

## Orientamento e accompagnamento

Esso può tradursi nella compilazione di moduli e pratiche da inviare ad altri uffici del Comune o ad altri enti gestori dei servizi, orientando la persona presso altre agenzie e aiutandola a prendere contatti e appuntamenti; poi, se la situazione appare complessa, si accompagna la persona al servizio sociale professionale per un'eventuale presa in carico.

## Promozione sociale

Questa funzione si concretizza nel dare visibilità ai servizi, promuovendoli a livello di fruizione e di corretto utilizzo; sviluppa reti di partenariato con associazioni, gruppi di auto-mutuo aiuto, organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, privato sociale. A questo proposito vengono incentivati momenti e incontri dove far circolare il confronto di idee e di iniziative all'interno della rete.

## Osservatorio e verifica del servizio offerto

Tale funzione si esplica nella raccolta dei dati sulla domanda e sui bisogni sociali espressi dalla cittadinanza, mettendoli a confronto con l'offerta dei servizi presenti sul territorio. L'Ufficio di promozione sociale funge anche da osservatorio privilegiato delle risorse presenti, attraverso l'elaborazione di una mappatura e classificazione delle stesse, in collaborazione con l'osservatorio comunale sulle politiche sociali. Attraverso l'utilizzo di schede di segretariato, report e rilevazioni statistiche, si procede a un lavoro di analisi dei bisogni e alla lettura delle trasformazioni in atto nello scenario sociale, in un continuo collegamento e integrazione con la rete dei servizi.

## IL PERCORSO

La realizzazione dell'Ufficio di promozione sociale (Ups) ha reso indispensabile una preliminare e attenta lettura delle disposizioni normative in materia, nonché un'analisi delle sue finalità e dei requisiti operativi e organizzativi necessari, tenendo conto che alcune funzioni attribuite all'Ups erano già in parte svolte dagli operatori sociali distrettuali.

**TAVOLA 1** Percorso del cittadino che si presenta all'Ups

Step 1	Step 2	Step 3
Il cittadino si presenta all'Ups con una richiesta	Gli operatori dell'Ups effettuano un colloquio con il cittadino per una prima analisi e valutazione del bisogno	<p><b>Ipotesi 1:</b> gli operatori forniscono le informazioni richieste o forniscono il supporto necessario all'utente e il caso si chiude con la fornitura delle prestazioni richieste (informazioni, compilazione domande, ecc.)</p> <p><b>Ipotesi 2:</b> il cittadino ha bisogno di servizi non comunali e viene pertanto orientato e accompagnato verso i servizi competenti.</p> <p><b>Ipotesi 3:</b> il cittadino ha bisogni complessi e necessita della presa in carico da parte del Servizio sociale professionale. L'Ups provvede a fissare l'appuntamento con l'assistente sociale che si occuperà della presa in carico.</p>

È stato necessario quindi avviare un lavoro di gruppo che ha elaborato delle proposte in ordine alla localizzazione dell'Ups, ai servizi da erogare, alle risorse da impegnare, agli operatori coinvolti. Tale gruppo ha costituito un tavolo di co-progettazione con l'obiettivo di definire un progetto di istituzione dell'Ups. Al tavolo hanno partecipato 6 operatori dei Servizi sociali del Comune di Ancona (2 assistenti sociali, 2 educatori professionali, 2 amministrativi), con la supervisione scientifica del Dipartimento di Scienze sociali dell'Università Politecnica delle Marche.

Il progetto, approvato con delibera di giunta il 30 marzo 2005, ha visto la sua prima realizzazione nell'apertura del primo Ups nel gennaio 2006 presso il distretto sociale di piano San Lazzaro; il secondo Ups è entrato in funzione nel dicembre 2007, con sede presso il distretto Centro.

A breve termine si apriranno altri due Ups nelle sedi periferiche del distretto del quartiere di Collemarino e del quartiere di Piazza S. D'Acquisto.

La scelta degli spazi e dei locali è stata dettata dall'esigenza di creare un luogo aperto e accogliente fruibile da tutti i cittadini.

Un primo locale è stato adibito al ricevimento del pubblico (*open space*) e provvisto di un computer e di moduli e bacheche utilizzati per raccogliere e far visionare ai cittadini *depliant* e materiale illustrativo riguardante i vari servizi; tutto ciò completato da tavoli e sedie per incontri e riunioni.

Un secondo locale è stato adibito a colloqui più riservati svolti dall'assistente sociale e provvisto di un angolo giochi per bambini.

Sia gli arredi sia le specifiche forniture sono stati scelti dal personale dell'Ups a seguito di diversi sondaggi fra varie ditte. Il risultato è stato quello di aver realizzato un servizio pubblico nuovo, che privilegia l'accoglienza e l'ascolto, inserito all'interno del distretto sociale con cui comunica e interagisce continuamente.

Lo stesso percorso e la stessa cura sono stati impiegati per la realizzazione del secondo Ups nel dicembre 2007, ubicato presso il distretto sociale del Centro.

## L'ATTUALE ORGANIZZAZIONE

I due Ups attualmente funzionanti sono inseriti rispettivamente all'interno delle due realtà distrettuali anagraficamente più popolate della città/ambito di Ancona. Ciò rappresenta un aspetto positivo, in quanto vi è un continuo collegamento e integrazione tra l'Ups e il resto del distretto sociale, che rende più agevole per l'utente il suo invio e l'accompagnamento al servizio sociale distrettuale per una presa in carico più mirata.

Nei due Ups lavorano due assistenti sociali con esperienza territoriale acquisita nelle attività di servizio svolte presso il Distretto sociale e con competenze trasversali alle aree di intervento. Tali figure professionali sono esperte nell'accogliere, ascoltare, informare e orientare il cittadino nel sistema dei servizi, affiancandolo nel percorso di risposta al bisogno. Un operatore amministrativo collabora con l'assistente sociale, svolgendo attività di prima accoglienza, informazione immediata a richieste semplici, raccolta e compilazione periodica di *report* e rilevazioni statistiche. Si alternano periodicamente anche operatori di supporto, quali tirocinanti e volontari.

Entrambe le sedi rispondono ai seguenti requisiti.

- visibilità: le sedi sono situate in luogo centrale e "conosciuto" all'utenza di riferimento;
- accessibilità della sede: sedi raggiungibili con mezzi privati e pubblici con possibilità di parcheggio, prive di barriere architettoniche;
- accoglienza e confortevolezza dell'ambiente: ingresso e spazio di prima accoglienza aperto, piacevole, attrezzato con spazio bimbi;
- ascolto: spazio per colloqui riservati;
- informazione: la stanza della prima accoglienza è attrezzata con bacheche e mensole dove trova posto materiale informativo utile al cittadino (bandi, opuscoli, moduli di domande), suddiviso per tematiche;
- rete telematica: sono disponibili attrezzature informatiche, indispensabili per svolgere un'adeguata attività informativa e di ricerca.

L'orario di apertura dell'Ups è di 20 ore settimanali e coincide con quello del distretto sociale.

## Attività di front-line

Durante l'orario di apertura dell'ufficio, l'assistente sociale e l'operatore amministrativo presenti svolgono le attività di *front-office* e sono a disposizione anche per dare informazioni telefoniche.

In occasione dell'accesso al servizio, l'assistente sociale compila con l'utente una scheda di segretariato dove viene descritto il problema espresso, il motivo della domanda, le prestazioni professionali e una prima valutazione del bisogno sociale. Questo è un momento delicato, in quanto la domanda di aiuto deve essere decodificata dall'operatore sociale in modo da poter inquadrare il problema e offrire la giusta risposta. In sintesi, il percorso del cittadino è quello indicato nella tavola 1.

## Attività di back-office

Questa funzione viene svolta dall'assistente sociale nei momenti nei quali non si ha il contatto con l'utenza e prevede la codificazione e mappatura delle risorse del territorio, contatti e incontri con altri operatori del sociale e del sociosanitario per l'elaborazione di modalità e procedure comuni per garantire l'integrazione con la Asur, registrazione dei bisogni espressi e delle domande sociali, avvio di attività di collaborazione con la comunità locale.

## ALCUNI DATI SULL'ESPERIENZA

Sono stati rilevati dati riguardanti la tipologia di utenza, la motivazione della domanda e le prestazioni professionali dei due Ups, con riferimento all'anno 2007.

Dall'elaborazione delle schede di segretariato è risultato che:

1. la tipologia di utenza che prevale è quella degli anziani, a seguire quella di famiglie con minori, poi gli adulti-emarginati e, infine, i disabili;
2. la motivazione della domanda più ricorrente è rappresentata dalla richiesta di sussidi economici per far fronte alle necessità del quotidiano (vitto, pagamento di bollette, affitti di casa, ecc.); a seguire la richiesta di cure domiciliari, di aiuto alla persona e governo della casa per soggetti anziani; poi problemi alloggiativi scaturiti a seguito di sfratti per morosità; poi ancora problemi

TAVOLA 2 Motivazione richieste all'Ups di Ancona	
Bisogni dell'utenza	%
Assistenza economica	32,5
Assistenza domiciliare	16,1
Informazioni	13,7
Problematiche abitative	11,0
Problematiche educative minori	9,5
Problematiche del lavoro	7,9
Inchieste procura Tribunale minorile	5,9
Affidi	3,4

lavorativi a seguito di licenziamenti o contratti a tempo determinato; infine, problematiche che afferiscono al settore minori, quali affidi, richieste di indagini sociali da parte della magistratura minorile, difficoltà scolastiche e relazionali (vedi tavola 2);

3. le prestazioni professionali più ricorrenti sono state quelle riguardanti le attività di segretariato e informazione sulla rete di risorse e dei servizi presenti sul territorio (sanitari, sociali, lavorativi, scolastici, ecc.); a seguire la consulenza sociale finalizzata a far conoscere i possibili percorsi in relazione al problema specifico; poi orientamento e accompagnamento dell'utenza ai vari servizi; infine, l'attività di promozione sociale avviata con alcuni servizi comunali (Informagiovani, Servizio alloggi, Urp, ecc.) e con figure professionali dei servizi sociosanitari e specialistici del territorio (Adi, Unità valutative multidimensionali, Dsm, Agenzie del lavoro, sindacati, strutture semi-residenziali e residenziali, ecc.).

### ALCUNE RIFLESSIONI SULL'ESPERIENZA

A circa due anni e mezzo dall'apertura del primo Ups, è possibile procedere a una verifica del percorso intrapreso, consapevoli che ancora c'è molto da fare.

Innanzi tutto possiamo rilevare che l'apertura degli Ups ha permesso di realizzare un'omogeneizzazione delle procedure riguardanti le prestazioni sociali, il che comporta per gli operatori del distretto lavorare sempre più in una dimensione di gruppo, nell'ottica del confronto e dell'interscambio.

Inoltre l'Ups, svolgendo un ruolo di "filtro qualificato", dà, a seconda dei casi, risposte immediate e dirette a fronte di bisogni semplici, o accompagna il cittadino portatore di un bisogno complesso, dopo una prima valutazione, al Servizio sociale professionale per una presa in carico più mirata.

In tale ottica l'utenza, oltre che sentirsi accolta e orientata, non è più costretta a girovagare in più uffici, trovando nell'Ups un punto unico d'accesso al sistema dei servizi.

Un altro dato positivo da segnalare nell'ottica della continuità e della collaborazione tra Ups e Distretto sociale è che, in caso di assenza dell'assistente sociale titolare del caso, l'assistente sociale dell'Ups accoglie la richiesta dell'utenza già in carico e, se questa riveste carattere di urgenza, si attiva per dare una risposta adeguata al bisogno.

Accanto ai sopraelencati aspetti positivi e senza dubbio costruttivi ai quali si sta lavorando quotidianamente, emergono spunti critici e aspetti ancora da sviluppare e da migliorare.

Infatti l'Ups, come accennato poc'anzi, svolge principalmente due tipi di attività: il *front-line* e il *back-office*. Attualmente il lavoro di *front-line*, cioè il contatto con l'utenza, impegna quasi totalmente l'assistente sociale, in quanto è l'unica figura esperta dei percorsi

assistenziali. Ciò porta questo operatore a dedicarsi solo marginalmente al lavoro di promozione sociale e a quello di avvio di processi di concertazione e collaborazione con la comunità locale; sarebbe pertanto opportuno incrementare la dotazione organica del servizio con una seconda assistente sociale o un educatore professionale. Se tale problema avrà una positiva soluzione, l'Ups diverrà sempre più un servizio per la collettività, oltre che servizio al singolo portatore di bisogni individuali.

Infine, occorre rafforzare il collegamento tra l'Ups e lo Sportello della salute per l'integrazione tra Asur ed ente locale. Una volta realizzato questo importante passaggio, sarà necessario prevedere un'omogeneizzazione delle funzioni di accesso alla rete del welfare territoriale e regionale.

## Lo sportello unico distrettuale di Bologna

Mirella Valdiserra

Direttore amministrativo Distretto Città di Bologna, Azienda Usl di Bologna

Il Distretto Città di Bologna è uno dei sei Distretti afferenti al territorio provinciale dell'Azienda Usl di Bologna.

Al Distretto afferiscono i nove quartieri cittadini (Borgo Panigale, Navile, Porto, Reno, San Donato, San Vitale, Santo Stefano, Saragozza, Savena) per un totale di circa 374.374 abitanti (dati al 30.04.2008).

### COME ERAVAMO

Nel 2001, l'accesso ai servizi distrettuali veniva garantito in vari punti del territorio, alcuni dei quali appositamente dedicati allo svolgimento di procedure amministrative.

Tali procedure di supporto all'assistenza di base e specialistica ambulatoriale venivano garantite da operatori di sportello secondo una logica specialistica, per la quale ogni punto di accesso svolgeva una singola funzione.

Contestualmente, le funzioni di prenotazione erano capillarmente diffuse anche presso sedi extra-aziendali (Punti Cup, *call center* e farmacie) e acquistate complessivamente da un fornitore esterno.

Il *front-office* per l'accesso alle cure domiciliari veniva appropriatamente

svolto da operatori sanitari.

Uno dei maggiori punti di debolezza del servizio era rappresentato dall'eccessiva parcellizzazione della funzione, con conseguente frammentarietà e, in alcuni casi, disomogeneità degli interventi. Al cittadino-utente, a seconda dell'istanza di cui era portatore, veniva demandato il compito di ricomposizione del percorso erogativo attraverso il coinvolgimento di diverse articolazioni organizzative, diversamente dislocate nell'organizzazione distrettuale.

Le indagini condotte sulla qualità percepita dagli utenti dei servizi aziendali indicavano, fra l'altro, gli sportelli amministrativi tra i servizi sui quali l'Azienda avrebbe dovuto porre particolare attenzione, poiché il loro peso appariva e appare rilevante nel costruire il giudizio complessivo sulla qualità dei servizi complessivamente erogati.

Le proposte possibili di miglioramento, ripetute con una certa insistenza dagli utenti intervistati, erano:

- dare informazioni più chiare;
- migliorare le capacità di ascoltare;
- ridurre i tempi d'attesa;
- migliorare la disponibilità relazionale e la serietà professionale.

## AZIONI MESSE IN CAMPO

È stato quindi necessario mettere in atto un percorso di riorganizzazione che riprogettasse il modello dell'offerta, in sinergia con quanto previsto per lo sviluppo della medicina generale e l'associazionismo medico, le cure domiciliari, la razionalizzazione dei percorsi della specialistica ambulatoriale.

Si è seguita l'ottica proposta dai principi della semplificazione amministrativa introdotti dalle Leggi Bassanini e da quelli contenuti nel Piano sanitario regionale 1999-2001, che annoverava tra i propri obiettivi il miglioramento dell'accesso ai servizi attraverso una semplificazione e accelerazione dei percorsi amministrativi, prevedendo in specifico "il superamento dei singoli punti di accesso monotematici e la realizzazione di Sportelli unici quali strutture distrettuali, opportunamente collocate nel territorio, in grado di realizzare la presa in carico e la gestione unitaria della richiesta del cittadino".

Per cui, la riorganizzazione del *front-office* amministrativo dei distretti si è configurata come un'attività volta alla realizzazione di una rete integrata di punti di accesso polifunzionali e di primo contatto, distribuiti sul territorio in numero sufficiente a garantire la presa in carico del cittadino-utente e la continuità assistenziale, perché funzionalmente collegati con tutte le articolazioni organizzative che intervengono nei processi di assistenza primaria.

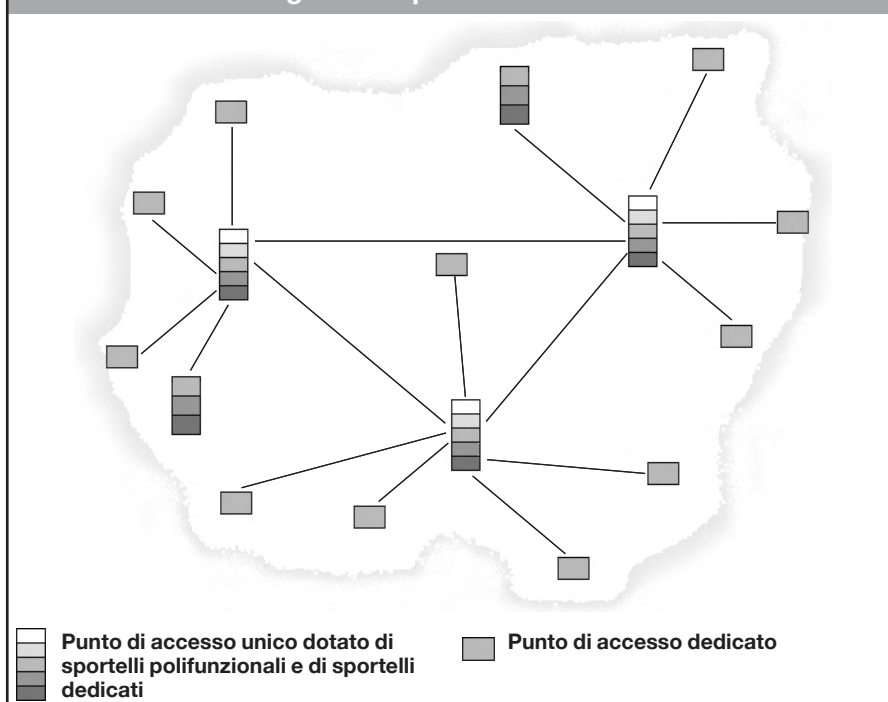
La contestuale riorganizzazione delle attività di *back-office* in modo da garantire linee di produzione centralizzate a livello aziendale diventava, inoltre, condizione irrinunciabile per garantire la standardizzazione delle procedure, la sperimentazione di nuove modalità di interazione con i cittadini come la trasmissione di informazioni/documenti via posta e/o e-mail e, da ultimo, ma non per importanza, per un utilizzo ottimale delle risorse dedicate attraverso la riduzione della pluralità di uffici che svolgevano separatamente e ripetutamente le funzioni di supporto al *front-office*.

Il percorso di riorganizzazione è stato avviato su specifico mandato dell'Assessorato regionale alla Sanità e ha riguardato l'intera rete di sportelli afferenti al territorio aziendale.

Il modello da perseguire era quello dello "Sportello unico distrettuale"<sup>1</sup> quale modalità organizzativa che garantisse l'omogeneità e la totalità delle procedure amministrative riferite all'offerta di servizi distrettuali, nonché di altri servizi territoriali in relazione a specifiche esigenze aziendali.

Nello specifico, lo Sportello unico

TAVOLA 1 Rete integrata di sportelli unici distrettuali



distrettuale risponde alla necessità di raggiungere i seguenti obiettivi:

- realizzare un modello di presa in carico del cittadino da parte dell'operatore;
- semplificare l'accesso e i percorsi amministrativi;
- offrire un servizio nei diversi punti della rete, con operatori sempre più qualificati;
- superare singoli punti di accesso monotematici (polifunzionalità);
- realizzare una rete integrata di Sportelli unici distrettuali.

Lo Sportello unico distrettuale non è da intendersi come un nuovo tipo di postazione di lavoro, ma un modo di erogazione di servizi all'utenza. Il modello è caratterizzato dalla flessibilità dell'offerta in relazione alla prevalente domanda dei cittadini nell'ambito territoriale di riferimento.

La scelta della polifunzionalità è relativa al punto di accesso, ma non necessariamente al singolo sportello, che comunque può essere dedicato all'erogazione di un singolo prodotto in funzione della domanda (per esempio, prestazioni Cup) e della complessità del percorso erogativo (vedi accesso all'assistenza protesica e integrativa).

La rete territoriale di sportelli unici distrettuali è costituita da un insieme di punti di accesso unici, dotati di sportelli polifunzionali e di sportelli dedicati,<sup>2</sup> affiancati dai relativi punti di accesso.<sup>3</sup>

Il modello di rete territoriale di sportelli unici distrettuali si basa sul presupposto che le competenze professionali e le risorse tecnologiche siano disponibili in qualsiasi punto della rete.

La rete integrata di sportelli unici

distrettuali<sup>4</sup> è da intendersi, quindi, quale insieme di tutti i punti di accesso presenti in un'area territoriale (aziendale o provinciale) e tra loro collegati, che condividono il medesimo patrimonio informativo (metanagrafe, banca dati specialistica) e le medesime procedure di *front-office* (cfr. tavola 1).

Contestualmente si è intervenuti sul versante degli sviluppi tecnologici.

Uno degli obiettivi principali da raggiungere è stato quello di creare le condizioni per la condivisione di alcune informazioni a livello infra-aziendale, e la comunicazione automatica di altre, tra le Ausl interessate della Provincia (Azienda Usl di Imola).

Su questo versante è stata realizzata un'Anagrafe provinciale, che ha consentito di dare visibilità e possibilità di reperire i dati anagrafici dei cittadini dell'area provinciale tramite un contenitore di informazioni a livello centralizzato (metanagrafe).

L'Anagrafe provinciale contiene i dati anagrafici e di esenzione dei cittadini italiani, comunitari, stranieri, residenti/domiciliati con scelta del medico e degli stranieri non iscritti al Ssn ma inseriti nella banca dati con una tessera Stp.

### Note

<sup>1</sup> Insieme di sportelli polifunzionali e/o dedicati attivi in un determinato punto della rete.

<sup>2</sup> Singola postazione di *front-office* (coincide con l'operatore).

<sup>3</sup> Luogo fisico dove viene garantito l'accesso amministrativo ai servizi distrettuali (coincide con il punto di rete).

<sup>4</sup> Insieme di tutti i punti di accesso presenti in un'area territoriale aziendale o provinciale e tra loro collegati che condividono il patrimonio informativo (anagrafe e banca dati della specialistica) e le procedure di *front-office*.

L'attivazione dell'anagrafe provinciale ha consentito di:

- ridurre i tempi di inserimento dei dati in *front-office*;
- evitare errori di identificazione della persona;
- facilitare l'iscrizione di un cittadino proveniente da altra Ausl provinciale;
- consentire la visualizzazione e il recupero automatico dei dati di esenzione del cittadino che migra all'interno dell'area provinciale.

Sul versante del supporto informativo, è stato inoltre realizzato uno strumento informativo di supporto agli operatori dello sportello unico, ovvero uno strumento che è contemporaneamente un *help desk* per gli operatori e, quindi, una base informativa per i cittadini. Tale base dati contiene, in modo organizzato, le linee guida dei prodotti dello sportello unico (procedure amministrative, riferimenti normativi, modulistica).

Al fine di sviluppare le competenze tecniche e relazionali è stato attivato, inoltre, un percorso formativo che ha coinvolto tutti gli operatori addetti al *front-office*, orientato alla mission dello sportello unico distrettuale, linee guida, nuova cultura organizzativa nell'ottica della polifunzionalità.

## A CHE PUNTO SIAMO

Attualmente lo Sportello unico fornisce i seguenti prodotti:

- iscrizione al Ssn e scelta/revoca medico (2.106.203 prestazioni a Bologna nel 2007);
- iscrizione provvisoria cittadini italiani residenti all'estero Aire;
- assistenza sanitaria all'estero per turismo, lavoro, studio;
- codice Stp per cittadini stranieri extracomunitari irregolari (1.725 prestazioni nel 2007);
- attestato di esenzione per malattia/invalidità/malattie rare (7.000 prestazioni nel 2007);
- accesso alla specialistica ambulatoriale (74.150 prestazioni a Bologna nel 2007);
- incassi e rimborsi *ticket*;
- stampa certificati vaccinali;
- accettazione amministrativa utenti punti prelievo (183.000 prestazioni a Bologna nel 2007);
- assistenza protesica e integrativa.

Per quanto attiene la rete integrata degli sportelli del Distretto Città di Bologna (cfr. tavola 2), va precisato che il dimensionamento della rete integrata va posto in relazione a variabili significative che caratterizzano sia la domanda sia l'offerta e, più precisamente:

- ai volumi per prodotto: oltre il 90% dei prodotti erogati dagli sportelli distrettuali riguarda prenotazioni di prestazioni specia-

**TAVOLA 2 Rete integrata degli sportelli del distretto Città di Bologna**

N. Tipologia	Gestore	Localizzazione
4 Sportelli unici	Cup 2000	Strutture poliambulatoriali
3 Sportelli dedicati (prestazioni anagrafe sanitaria/accettazione prelievi/protesica e integrativa)	Distretto sanitario	Strutture poliambulatoriali presso cui sono presenti punti Cup
4 Punti Cup		
3 Punti Cup		Ospedali
90 Punti	Farmacie cittadine	Farmacie cittadine
1 Call center Cup metropolitano		
1 Punto unificato di attività back-office per elaborazione ed autorizzazione sanitaria area protesica/integrativa		

listiche e pagamento *ticket*;

- alla presenza di presidi ospedalieri (Bellarina, Maggiore, S. Orsola-Malpighi) di forte attrazione sia per la popolazione residente sia extra-Ausl, dove vengono attivati percorsi diagnostico-terapeutici per utenti portatori di bisogni complessi come anziani soli, in condizioni di autosufficienza ridotta o assente, stranieri, ecc.;
- al contratto con la società Cup 2000;
- al contratto con le farmacie di Bologna.

## DOVE VORREMMO ANDARE

Per completare la rete la rete degli Sportelli unici distrettuali occorre:

1. Superare l'attuale situazione di parzialità operativa. Nella città di Bologna gli Sportelli unici attivati sono complessivamente quattro; nell'ottica dell'omogeneità occorre andare al superamento, nelle restanti tre sedi, del duplice accesso Anagrafe e Punti Cup, a tutt'oggi non realizzato per la necessità di effettuare rilevanti interventi strutturali trattandosi di sedi datate.
2. Sviluppo ulteriore di percorsi di accesso informatizzati. Occorre realizzare un sistema in grado di consentire all'utente la fruizione di alcuni servizi attraverso internet quali, ad esempio, la scelta, revoca e riattribuzione del Medico di medicina generale e Pediatra di libera scelta (con relativa lista di disponibilità dei Mmg e Pls), il rilascio della documentazione per vaccinazioni, la richiesta di tessera sanitaria e l'iscrizione al Ssn. È di tutta evidenza che tale sistema consentirebbe al cittadino di ottenere una risposta ai propri bisogni senza doversi recare presso le sedi degli sportelli unici, diminuendo così gli accessi e agevolando la riduzione dei tempi di attesa. In questa direzione sono in corso di analisi diverse ipotesi di sviluppo, che dovranno essere compatibili con la normativa in materia di privacy.
3. Implementazione del sito informativo accessibile al pubblico. Occorre andare al completamento della realizzazione di un sito "Sportello unico distrettuale"

rivolto ai cittadini, al fine di offrire agli utenti di Bologna e della Provincia un orientamento per l'accesso ai servizi sanitari, spiegando in modo chiaro ed esaustivo tutto ciò che è necessario sapere per ottenere un determinato servizio. Il principio ispiratore è che l'informazione deve raggiungere il cittadino nei tempi, nei modi e nei luoghi a lui più comodi. Il sito elenca per ogni servizio i documenti che è necessario presentare, individua i soggetti che hanno diritto ad accedervi, mette a disposizione la modulistica originale consentendo di stamparla e compilarla prima di recarsi allo Sportello e aiuta l'utente nell'individuazione dello Sportello più facilmente accessibile.

4. Attivazione di Punti Cup presso i Centri di medicina generale. Nell'ottica di raggiungere il cittadino nei modi e nei luoghi a lui più comodi, si sta pensando, inoltre, alla realizzazione di punti di prenotazione e incasso *ticket* presso i Centri di medicina generale, in modo tale che il cittadino recandosi dal proprio medico possa nell'immediato far fronte alle operazioni conseguenti.

5. Sviluppo di percorsi di integrazione con Sportelli sociali. Sono in corso di analisi possibili percorsi di integrazione fra sportelli sanitari e sportelli sociali. Sono stati attivati, infatti, a livello sia regionale sia provinciale, appositi gruppi di lavoro con l'obiettivo di realizzare la condivisione di alcuni pacchetti informativi, in modo particolare in riferimento alle linee guida *online*, ubicazione servizi, ampliamento del Numero verde regionale con informazioni sociali. Attualmente sono già attivi percorsi di integrazione nell'erogazione dei servizi rivolti alla popolazione anziana, nell'ambito dell'erogazione degli assegni di cura e contributo aggiuntivo per la regolarizzazione degli assistenti familiari, nonché dell'assistenza domiciliare integrata. Analoghi percorsi di integrazione sono già attivi anche per l'area della disabilità adulta.

# Il Punto unico di accesso come modello organizzativo per la presa in carico delle persone nella rete dei servizi

Giuseppe Frau

Direttore sociosanitario, Asl di Cagliari

Da diversi anni si sente l'esigenza di ricercare nuovi modelli organizzativi in grado di rispondere ai crescenti bisogni sanitari, sociali e sociosanitari relativi alle persone anziane e persone con disabilità, soprattutto quando la perdita dell'autosufficienza e/o dei riferimenti familiari e ambientali rende gli stessi bisogni sempre più complessi. In particolare, si sente l'esigenza di proporre nuovi paradigmi di cura e assistenza coerenti con la complessità delle domande di bisogni che vengono formulate dalle persone interessate, dai familiari o dagli stessi servizi di assistenza coinvolti. Appare indispensabile in queste situazioni riformulare paradigmi, processi e percorsi assistenziali che tengano conto delle particolari esigenze delle singole persone e delle loro famiglie, in considerazione anche della particolarità con la quale i problemi, le situazioni, le concomitanze si presentano nei singoli contesti di vita sia familiare sia extra-familiare.

Una delle esigenze particolari è rappresentata dalla necessità di avere garantito in maniera equa l'accesso ai servizi e di ricevere un'unitarietà di risposte, considerato che la complessità dei bisogni porta con sé la complessità delle stesse risposte che devono essere messe in campo. L'accesso unitario ai servizi viene proposto con terminologie diverse e con modelli diversi sia sul versante sociale sia su quello sanitario, a seconda dello sviluppo normativo regionale di competenza e della capacità di realizzare nuovi approcci assistenziali e curativi.

La Regione Sardegna in questi anni ha con diversi provvedimenti ha affrontato il problema dell'accesso ai servizi sotto due profili: l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli, e l'unitarietà della risposta a seguito di valutazione dei bisogni. Si è ritenuto necessario superare la carenza di un punto unitario di accesso ai servizi sociali, con conseguente disorientamen-

to e iniquità nella fruizione dei servizi, e prevedere una profonda revisione dei regolamenti di accesso al fine di garantire omogeneità di risposte a parità di bisogno. In coerenza con le disposizioni regionali, per garantire la fruizione dei servizi e contrastare le disuguaglianze nell'accesso, ogni ambito territoriale assicura accoglienza e ascolto della domanda, decodifica della stessa, informazione efficace sull'offerta, sui costi, su eventuali esenzioni, sulle modalità di fruizione. Garantisce inoltre orientamento e accompagnamento alle persone non autosufficienti e con scarsa capacità di orientarsi autonomamente nella rete dei servizi.

L'Asl Cagliari, sulla base delle indicazioni regionali, ha impostato un modello di *governance* per i servizi territoriali e in particolare i servizi sociosanitari che, partendo dall'accesso unitario ai servizi, consente, nel tempo, di poter governare i percorsi di cura delle persone, l'efficacia degli interventi erogati i costi sostenuti. Il modello è basato sulla "presa in carico" della persona nel Punto unico d'accesso da parte delle Unità di Valutazione Territoriali a seguito di un processo di decodifica della domanda e di orientamento alla risposta previa valutazione multidimensionale del bisogno. Il percorso è stato graduale e complesso perché ha richiesto l'impianto di nuovi paradigmi assistenziali, nuovi modelli organizzativi e gestionali che superassero i modelli organizzativi fondati sui servizi tradizionali.

## IL PUNTO UNICO D'ACCESSO E IL SISTEMA DI GOVERNANCE SOCIOSANITARIA

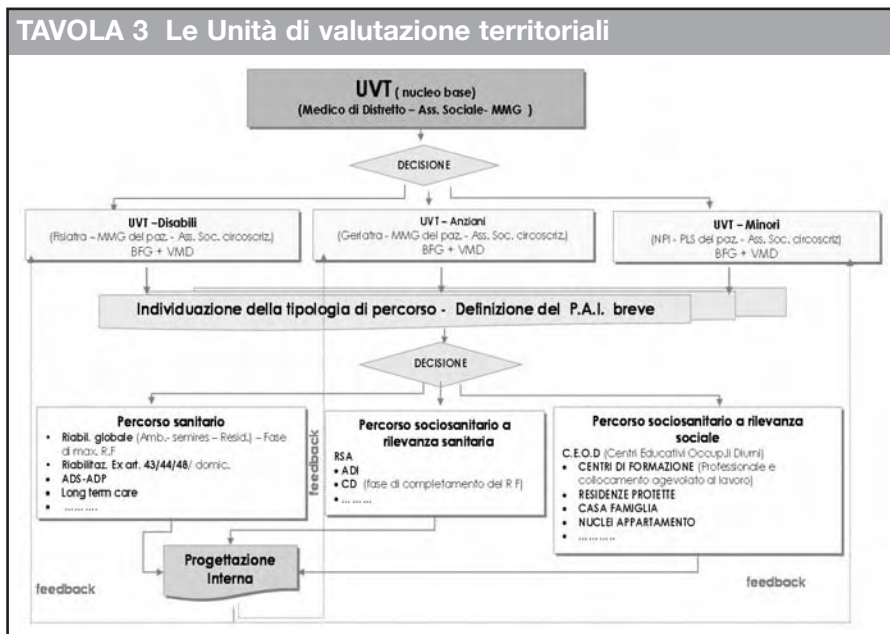
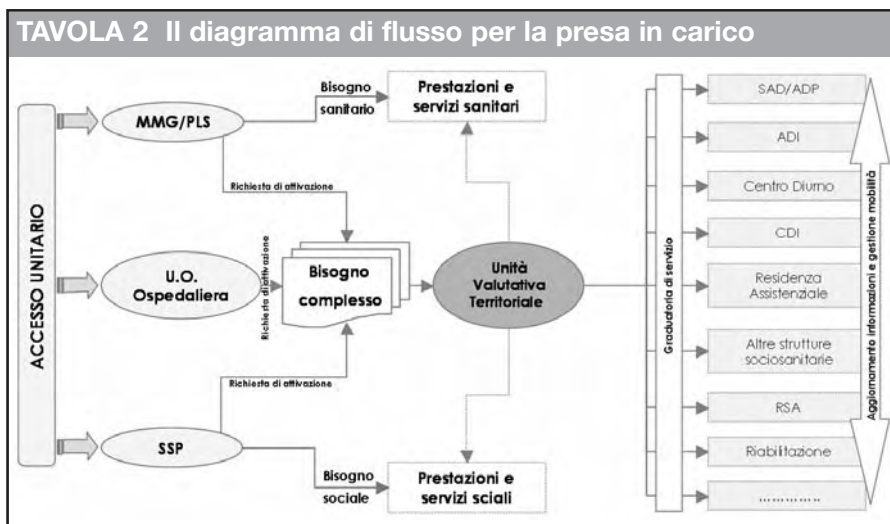
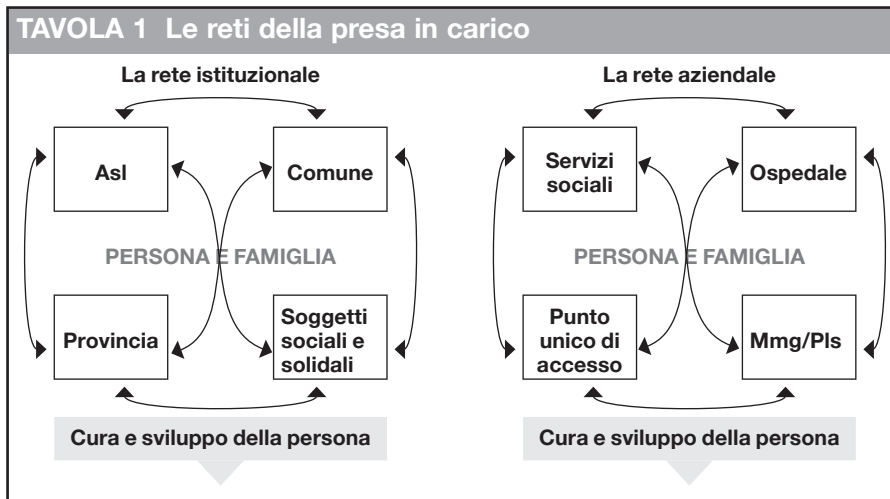
Riguardo al governo clinico dell'area sociosanitaria, non ancora studiato e affrontato in maniera sistematica, l'Asl di Cagliari ha proposto, adottato e implementato un modello razionale sviluppato a partire dalle aree anziani e disabilità, è fortemente basata, appunto, sulla "presa in carico" della persona a partire dal Punto unico d'accesso. Il

percorso è stato graduale e complesso, in quanto ha richiesto la messa in campo di strategie complessive che hanno riguardato i diversi settori e coinvolto i diversi soggetti implicati nel sistema assistenziale territoriale. Si è partiti dall'assunto che si dovesse procedere a identificare e conseguentemente coinvolgere i soggetti in una rete istituzionale e aziendale per la presa in carico.

La rete istituzionale per la presa in carico è rappresentata dall'Asl, dalla Provincia, dal Comune e dai soggetti solidali che operano nell'ambito territoriale di competenza; la rete aziendale per la presa in carico è rappresentata dal medico di medicina generale, dall'ospedale, dal servizio sociale comunale e dal Punto unico d'accesso, che funge da snodo della rete. La persona e la famiglia sono al centro della rete sia istituzionale sia aziendale, in quanto la presa in carico deve riguardare sia la persona con i bisogni complessi sia la famiglia cui appartiene, in un'ottica istituzionale di servizi alla persona.

Il sistema di *governance* sociosanitaria poggia su due pilastri: il paradigma della presa in carico del bisogno a seguito di valutazione multidimensionale dello stesso e la condivisione in rete da parte di tutti i soggetti della valutazione multidimensionale e di tutte le informazioni sulla persona che viene presa in carico. Il Punto unico d'accesso rappresenta lo snodo della rete e la base dei pilastri del sistema della *governance*.

Il flusso della presa in carico presso il Punto unico d'accesso si snoda su due versanti: i bisogni semplici e i bisogni complessi. Per i primi, se si tratta di bisogni semplici sanitari, il percorso prevede il loro soddisfacimento attraverso i percorsi consolidati di presa in carico semplice governati dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale; se si tratta di bisogni sociali semplici, il servizio sociale professionale si farà cura di soddisfarli nell'ambito dei percorsi socio-assistenziali consolidati. Per i secondi, in quanto bisogni complessi, a seguito di un'approfondita decodifica della domanda, si tratta di attivare l'equipe interprofessionale per la presa in carico della persona nella rete dei servizi sociosanitari del territorio. La rete dei servizi sociosanitari prende in carico, a sua volta, la persona per la formulazione del piano assistenziale individuale e la sua esecuzione nel tempo stabilito dall'equipe del Punto unico d'accesso. L'uscita dal servizio a conclusione del piano degli interventi personalizzato non necessariamente significa uscita



le. In questa formula compositiva l'Uvt del nucleo base diventa rispettivamente Uvt per persone con disabilità, Uvt per persone anziane e Uvt per persone in età evolutiva. L'Uvt articola il suo lavoro effettuando la valutazione multidimensionale del bisogno, formulando un bilancio funzionale globale della persona e individuando la tipologia del percorso di rete, sanitario, sociosanitario a rilevanza sociale o sociosanitario a rilevanza sociale.

Compito dell'Uvt nei processi di presa in carico è di individuare al proprio interno un responsabile del percorso assistenziale, che si incarica di seguire la persona nel percorso di rete, facilitando i contatti con i diversi nodi della rete stessa. Le Uvt prendono contatti con le equipe dei servizi della rete in fase di uscita dal servizio al fine di identificare i successivi servizi della rete per la presa in carico continua della persona.

### IL MODELLO ORGANIZZATIVO: IL PUNTO UNICO D'ACCESSO

L'Asl di Cagliari ha attivato, presso ogni Distretto sociosanitario, la struttura-organizzazione denominata Punto unico d'accesso (Pua), dove diversi operatori esperti svolgono funzioni di accoglienza, orientamento, valutazione multidimensionale, progettazione personalizzata degli interventi.

Nel Punto unico d'accesso i processi (tavola 4) sono svolti in maniera sequenziale e coordinata secondo le seguenti fasi: l'accoglienza in una postazione di primo *front-office*, l'approfondimento del bisogno in una seconda postazione di secondo *front-office* e la presa in carico da parte dell'Uvt a seguito di valutazione multidimensionale.

La segnalazione può pervenire al Pua dall'ospedale o dal territorio; nei due casi l'accoglienza al primo *front-office* avviene da parte di personale dell'Asl formato alla capacità di accoglienza e di ascolto in maniera empatica, al fine di decodificare la domanda presentata per l'identificazione del bisogno che la sottende. Qualora il bisogno risulti semplice, la persona viene indirizzata verso altre destinazioni oppure, se necessario, verso il secondo *front-office*, dove un operatore sanitario e/o un operatore sociale effettuano un colloquio più approfondito finalizzato all'approfondimento dello stesso bisogno evidenziato dall'operatore del primo *front-office*; anche in questo caso, se il bisogno identificato è un bisogno sociale semplice viene indirizzato nel percorso sociale del servizio sociale professionale e se il bisogno identificato è un bisogno sanitario semplice viene indirizzato verso percorsi sanitari semplici. Se dal colloquio

dalla rete dei servizi, ma è possibile proseguire in altri livelli e tipologie di presa in carico in diversi servizi della stessa rete.

L'equipe della presa in carico è chiamata, nella normativa regionale, Unità di valutazione territoriale (Uvt) ed è costituita da un nucleo base

costituito dal medico di distretto, l'assistente sociale e il medico di medicina generale. In prima istanza l'Uvt formula una decisione per assumere al proprio interno le figure specialistiche professionali a seconda della tipologia di bisogno della persona: il fisiatra e/o il geriatra, e/o il neuropsichiatra infanti-

approfondito si evince che il bisogno è complesso, viene attivata l'Uvt al fine di effettuare la valutazione multidimensionale ed effettuare la presa in carico globale della persona. La presa in carico consiste nella formulazione di un profilo sociosanitario della persona, di un progetto assistenziale personalizzato e nell'affidamento al servizio appropriato della rete territoriale sociosanitaria (riabilitazione, residenze sanitarie assistenziali, centri diurni integrati, cure domiciliari, hospice, ecc.) che provvede a formulare il Piano personalizzato degli interventi su indicazione del Progetto personalizzato e alla sua esecuzione. Infatti, presso ogni struttura della rete territoriale è presente un'Unità di valutazione interna che redige il Piano degli interventi e lo attua nell'arco temporale previsto dall'Uvt.

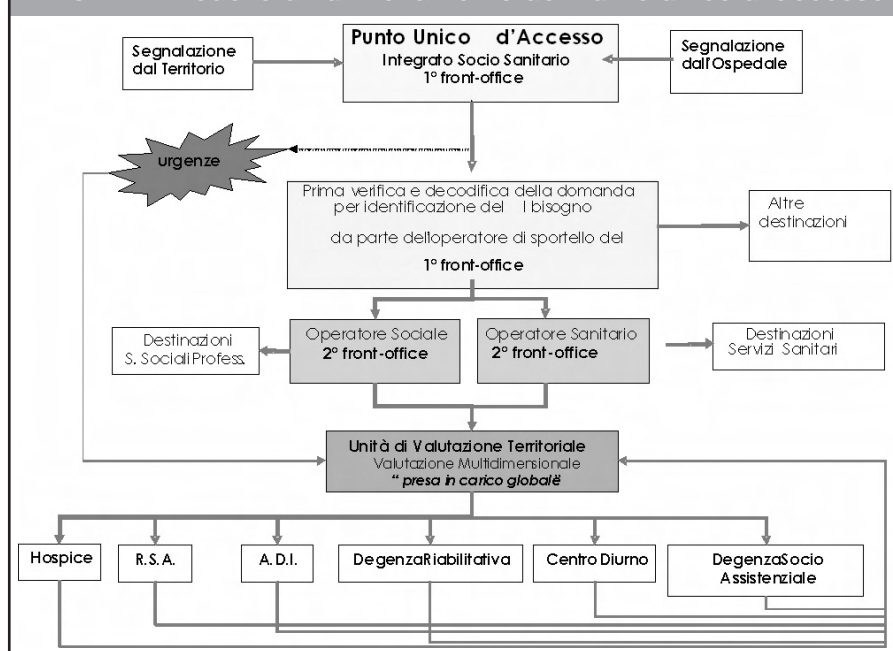
Al termine del progetto la persona prosegue il suo percorso nella rete dei servizi fino al suo rientro al proprio domicilio: in tutti i casi all'Uvt rientra sempre un'informazione per la prosecuzione della presa in carico.

Il modello di funzionamento prevede anche un *by-pass* nel percorso qualora si tratti di concordare la dimissione di una persona non autosufficiente dall'ospedale: in tali casi l'Uvt riceve le informazioni utili per la formulazione della valutazione multidimensionale da parte dell'equipe ospedaliera che deve dimettere la persona; viene evitato così il passaggio di decodifica del primo e del secondo *front-office*, garantendo comunque un accompagnamento e una facilitazione del percorso di presa in carico della proposta ospedaliera nel Pua.

## IL PERCORSO DI IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO

La soluzione organizzativa individuata dall'Asl, che di fatto costituisce un modello a rete di tipo strutturato, è basata sulla scelta di individuare un sistema di offerta di riferimento e delle connessioni strutturate e formalizzate tra i diversi attori, con la previsione di un'unica porta di accesso alla rete che ha la possibilità/capacità di ricevere e valutare la domanda, attivando di conseguenza i servizi dei diversi attori dell'organizzazione (interna ed esterna) attraverso la definizione di un piano assistenziale personalizzato. Gli attori dell'organizzazione si pongono quindi in maniera unitaria di fronte all'utenza e il loro comportamento è guidato dal perseguimento di obiettivi comuni, con il fine di utilizzare in modo più razionale le risorse a disposizione necessarie all'erogazione dei servizi, cercando di focalizzarsi sulle competenze distinti-

**TAVOLA 4 Modello di funzionamento del Punto unico di accesso**



ve e riuscendo a misurare continuità e qualità delle cure erogate in termini di costi e *outcome*.

Il percorso è stato graduale e complesso, a partire dalla formulazione delle strategie, che hanno riguardato innanzitutto l'impianto di nuovi modelli organizzativi: l'approccio a nuovi modelli organizzativi, infatti, è stato ritenuto fondamentale poiché si veniva da una realtà storica aziendale organizzata sui tradizionali "servizi", presso i quali si operava in assenza di cultura di presa in carico, di risposte a domande fondate sui bisogni della persona e della famiglia di appartenenza e soprattutto era assente la cultura del "territorio" come luogo di primaria erogazione dell'assistenza. In secondo luogo, la strategia messa in campo ha riguardato l'impianto di nuovi modelli di azione: si è trattato di impostare e impiantare nuovi modelli di azione fondati sulla cultura del "lavorare per progetti per obiettivi e per risultati", in un'ottica, appunto, di presa in carico della persona. La terza strategia ha puntato alla rimodulazione e/o acquisizione di strumenti, tecnologie e infrastrutture: si è trattato di ricercare nuovi strumenti di valutazione (Vmd) e, soprattutto, di supporti informatici utili e appropriati per la gestione delle nuove attività; ma anche di ricercare nuove strutture logistiche funzionali per la messa a regime dei nuovi modelli organizzativi. La disponibilità al cambiamento da parte degli operatori dell'Asl è stata condizione indispensabile, oltre che strategica, per un'efficacia definitiva del cambiamento complessivo, considerata la novità del modello di *governance*. La disponibilità al cambiamento dell'intero sistema dei servizi

sociosanitari, consapevoli di operare in un sistema complesso, è stata ricercata con certissima negoziazione sociale sia nei confronti dei soggetti interni all'Asl (i servizi e le équipe di lavoro interprofessionali e interdisciplinari) sia nei confronti dei soggetti esterni che intrattengono rapporti contrattuali con l'Asl o che operano a qualsiasi titolo sul territorio in collaborazione con questa: si è trattato di impiantare nuove strategie collaborative nei rapporti con i diversi soggetti della rete dei servizi sociosanitari in un'ottica di condivisioni, integrazioni e collaborazioni (lavoro in rete).

## IL PRODOTTO

Possiamo in ogni caso affermare che, a oggi, abbiamo messo le basi e impostato un sistema per poter governare alcuni dei più importanti processi connessi ai percorsi di cura delle persone anziane e/o non autosufficienti e delle persone con disabilità, attraverso:

- la creazione di un sistema informatizzato che gestisce, attraverso un software costruito in sinergia con gli operatori, un unico database centralizzato riguardante le persone prese in carico dalle Unità di valutazione territoriale nel Punto unico d'accesso dei Distretti sociosanitari dell'Asl di Cagliari;
- il collegamento al sistema di tutti i soggetti della rete dei servizi sociosanitari distrettuali (i Pua distrettuali e le Uvt presenti, le Unità operative distrettuali per le cure domiciliari, le Rsa, i centri di riabilitazione) del nostro territorio al sistema centralizzato di gestione della valutazione e dei Piani assistenziali (rete informatica);
- l'attivazione di un modello di Punto

unico d'accesso ai servizi alla persona dove viene effettuata la presa in carico dei bisogni delle persone e della famiglia;

- il collegamento tra Pua e tra distretti;
- il collegamento delle Unità operative ospedaliere per la gestione degli anziani che in fase di dimissione vengono presi in carico dai servizi del territorio (integrazione ospedale-territorio);
- il consolidamento delle cure domiciliari, anch'esse gestite con il sistema centralizzato in termini di presa in carico, pianificazione e consuntivazione delle attività erogate, primo avvio di percorsi per la valutazione di appropriatezza degli interventi.

## LE CRITICITÀ

Le maggiori criticità hanno riguardato la creazione del modello e, nella fattispecie, la scelta di un tipo di modello credibile: creare un modello credibile è stata un'impresa per alcuni versi facile ma nel contempo molto critica per la sua complessità. La facilità è legata al presentarsi di alcune coincidenze e opportunità che hanno favorito l'impianto del modello stesso, la normativa regionale, la condivisione delle strategie tra Regione e Asl, la condivisione tra Direzione Asl e Direzione intermedia; le criticità hanno riguardato l'intera complessità del sistema impostato, che partiva da lontano in termini concettuali, ma soprattutto in termini di strategia complessiva impostata e di paradigmi di partenza.

Una seconda criticità incontrata è legata alla necessità di creare un modello coerente: la coerenza sotto diversi aspetti, tra la progettazione concettuale e l'applicabilità, tra la gestione e l'economicità ricercata, la coerenza in termini di efficacia/efficienza.

Le altre criticità legate al modello hanno riguardato la creazione di un modello valido, la validità legata alla coerenza; lo sviluppo di un modello riconoscibile, impresa non facile per la novità assoluta e la consapevolezza di un lasso temporale necessario a rendere riconoscibile il nuovo; l'implementazione di un modello ripetibile e condivisibile, la criticità legata alla vastità e variabilità del territorio dell'Asl di Cagliari risultante dalla fusione di 3 Usl e incorporazione di due distretti provenienti da altre Asl.

Altre criticità hanno riguardato la creazione dei percorsi, percorsi di cambiamento, trattandosi di un modello di rottura; criticità nell'organizzazione, le criticità si sono amplificate in quanto si è scelto di impostare la nuova organizzazione a partire dal coinvolgimento dalle risorse umane già presenti, ancorché provenienti da esperienze differenti;

criticità nel costruire processi e azioni, paradigmi vecchi in confronto a nuovi paradigmi, relazioni diverse tra operatori, tra enti e istituzioni, tra operatori e utenti; criticità legate all'individuazione di strumenti e tecnologie, è molto difficile acquistare nuovi strumenti, installare reti informatiche, istruire gli operatori all'uso della strumentazione, modificare il modo di lavorare, eliminando la carta.

Infine, alcune criticità evidenti hanno riguardato le disponibilità al cambiamento (non tutti vogliono cambiare) da parte delle persone; dei servizi interni ed esterni; dei sistemi (gli apparati, la politica, le relazioni, le storie, le prassi, le consuetudini, ecc.).

Le criticità riguardo al prodotto: il prodotto finale poteva non essere quello che si era progettato. L'impostazione di un sistema di valutazione della persona non è stata facile in condizioni di diffusa ignoranza sull'argomento da parte degli operatori. Il paradigma della presa in carico della persona era un paradigma nuovo per gli operatori.

Interessanti da gestire le problematiche riguardanti le condivisioni e i coinvolgimenti delle informazioni sulla persona, degli strumenti di valutazione, del modello complessivo. Anche le integrazioni hanno richiesto notevole impegno nel cambiamento del sistema: le non ripetizioni delle valutazioni, l'utilizzo integrato delle informazioni e valutazioni, lo stesso lavoro integrato.

Le soluzioni adottate sono state le seguenti:

- contestualizzare il modello, creandolo in allineamento con la normativa regionale e soprattutto con le finalità del Psr;
- condivisione della strategia di fondo del modello ai vari livelli: Asl/DG, DG/Direzione intermedia, Direzione intermedia/operatori; informazione e formazione degli operatori e del sistema;
- buona enfasi sul modello accompagnata da percorsi di omogeneizzazione-condivisione-verifica dei percorsi e dei processi;
- ricercare professionalità, scientificità ed "evidenze" possibili nei percorsi, nei processi negli strumenti proposti e adottati;
- monitorare i processi e i risultati intermedi;
- dare enfasi e impulso pratico alle condivisioni e alle integrazioni;
- ricercare prodotti intermedi visibili ed efficaci.

## I RISULTATI CONSEGUITI

Sono stati individuati, studiati e sistematicamente messi in atto i seguenti percorsi di "presa in carico"

della persona anziana e/o non autosufficiente che si è rivolta al Pua per chiedere l'inserimento in Rsa, in progetti "Tornare a casa", in cure domiciliari, in riabilitazione

È stata individuata una metodologia semplice ma esaustiva efficace a rappresentare graficamente i processi della presa in carico, la metodologia Idefo, che consiste in:

- Box di attività (*activity box*), con:
  - fattori in entrata (*input*) che, attraverso lo svolgimento dell'attività indicata, diventano
  - fattori in uscita (*output*), cioè il risultato dello svolgimento dell'attività,
  - fattori utilizzati per lo svolgimento dell'attività (risorse umane, attrezzature, materiali di consumo, ecc.),
  - fattore che determina se l'attività deve essere svolta, con quali criteri, regole o procedure (controllo).
- Nodi (sottoprocessi), insieme di box con cui si completa un sottoprocesso di cui si compone l'intero percorso; abbiamo studiato 3 nodi del percorso di inserimento in Rsa:
  - inserimento in Rsa su richiesta utente/famiglia/mmg/AS,
  - inserimento in Rsa su richiesta ospedale/ casa di cura,
  - inserimento urgente in Rsa su richiesta ospedale/ casa di cura,
  - richiesta proroga inserimento.

Sono stati verificati i tempi di impiego dei fattori produttivi (risorse umane) messi in campo in ogni fase e azione con la quale è stato scomposto il percorso e lo studio dei processi: ciò può tornare utile per individuare carichi di lavoro e costi di personale e di altri fattori produttivi.

La rilevazione dei tempi complessivi dei processi relativi ai vari nodi dei percorsi risulta utile per definire la durata della presa in carico di ogni persona nel Pua e i diversi tempi relativi ai diversi percorsi messi in atto per la presa in carico. Si è rilevato che è possibile mettere in correlazione (in termini di tempi, risorse, dinamiche) la domanda della persona che contatta il Pua con il bisogno che essa esprime, questo con la valutazione che viene effettuata e il progetto codificato; queste fasi sono state poi correlate con i percorsi e i processi messi in campo, ma soprattutto con gli esiti dei processi in termini di *outcome*. In particolare, si è evidenziata la possibilità di effettuare un vero monitoraggio della presa in carico della persona che accede al Pua in termini di tempi di presa in carico, tempi di permanenza nei servizi assegnati, ulteriori percorsi: in pratica si può ricostruire la "storia" della persona attraverso una presa in carico continua da parte del Pua

In conclusione possiamo dire che il modello per l'attuazione della *governance* sociosanitaria del territorio che l'Asl di Cagliari ha impostato e implementato, si candida a essere funzionale all'attuazione degli obiettivi di governo del territorio.

Di fatto, esso si basa sulla presa in carico da parte dell'Asl della gestione, per tutta la rete dei servizi operanti nel suo ambito, del *database* contenente le

informazioni relative ai dati anagrafici, dei bisogni, delle valutazioni espresse, delle soluzioni prospettate, e dei piani di dettaglio di intervento per ciascun utente che acceda, nel tempo, alla rete dei servizi. Inoltre si basa sul collegamento, ancorché questo possa avvenire con gradualità e accompagnando il percorso di condivisione dei programmi territoriali, con gli altri soggetti del sistema, di tutti gli attori del sistema.

# Il sistema informativo del Punto unico di accesso nella Società della salute di Pisa

*Andrea Iacopini*

Agenzia di Programmazione istituzionale,  
Società della salute Zona Pisana

## IL CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

Dal punto di vista del governo politico e della gestione dei servizi sociali e sanitari, la Zona Pisana nell'arco di pochi anni ha promosso importanti processi di modifica degli assetti istituzionali e organizzativi, tuttora in corso; infatti è stata una delle zone sociosanitarie promotrici a livello toscano della sperimentazione dei consorzi pubblici denominati "Società della salute" (Delibera Regione Toscana n. 155/2003; Legge Regione Toscana n. 40/2005), costituendosi come tale con la firma dei soggetti interessati (Unità sanitaria locale n. 5 di Pisa e Comuni della zona) nel settembre 2004.

La Regione Toscana ha puntato su questa innovazione per coinvolgere maggiormente le comunità locali nel governo della domanda di servizi territoriali, individuando le zone-distretto come ambiti territoriali ottimali dove attuare il seguente percorso virtuoso, di seguito denominato "ciclo della programmazione":

- a) individuazione di bisogni di salute (Profilo di salute);
- b) programmazione e assegnazione di risorse (obiettivi triennali del Piano integrato di salute e Programmi operativi annuali/budget);
- c) gestione;
- d) monitoraggio.

Per concorrere alla realizzazione degli obiettivi di programmazione

dei servizi territoriali e governo della domanda, l'Azienda Usl 5 di Pisa ha dovuto modificare i propri assetti organizzativi in maniera significativa, assecondando il processo di "zonizzazione".

In concreto, le funzioni di tipo professionale sono state assegnate ai "dipartimenti di coordinamento tecnico" (dipendenze, salute mentale, servizi sociali), mentre quelle di tipo gestionale sono state riunificate nel responsabile di zona-distretto.

Nel corso del periodo sperimentale della Società della salute pisana, il direttore della stessa è andato a coincidere col responsabile di zona-distretto, per rendere più lineare e agevole l'attuazione delle funzioni di governo attribuite al consorzio.

Uno degli aspetti più importanti del ciclo della programmazione, ricco di implicazioni anche dal punto di vista della gestione dei servizi al cittadino, è l'atto di assegnazione dei budget/risorse da parte del direttore della Società della salute ai responsabili di struttura complessa di zona (UF), per il raggiungimento di obiettivi definiti nel Piano integrato di salute (Pis).

Il grado di raggiungimento di questi obiettivi è oggetto di monitoraggio, effettuato dallo staff del direttore della Società della salute.

I dati ottenuti sono utili per correggere l'andamento dei servizi e per riavviare il ciclo della programmazione.

## L'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI E SANITARI TERRITORIALI

Il riassetto istituzionale e organizzativo della Zona - Società della salute ha facilitato il percorso di integrazione dei servizi sanitari territoriali delle Aziende Usl e socio-assistenziali dei Comuni, promosso dalla Regione Toscana attraverso il Piano sanitario regionale 2002-2004 e avviato in fase concreta con quanto previsto dalla delibera R.T. 402/04, di seguito esposto:

- 1) sperimentazione di forme innovative di valutazione del bisogno delle persone anziane con problematiche complesse, riconducibili alla situazione di non autosufficienza;
- 2) sperimentazione di forme innovative di organizzazione dei servizi di Zona, con la definizione del Pua, dei Punti insieme, delle liste di attesa unificate e dei moduli nelle Residenze sanitarie per anziani (Rsa);
- 3) sperimentazione di un Percorso assistenziale personalizzato, centrato sul cittadino utente, concordato con lui e/o i suoi familiari (Pap).

Per la particolare rilevanza sociale, sanitaria ed economica del fenomeno della non autosufficienza in Toscana, dove le stime dell'Agenzia regionale di sanità parlano di circa 103.000 soggetti interessati nel 2006, è stata data priorità ai servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali che interessano il cittadino anziano affetto da questa problematica, con l'intento di estenderlo nei prossimi anni alle persone portatrici di handicap.

## IL PROCESSO DI COSTRUZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO

In base alle linee guida dettate dalla delibera R.T. 402/04, il punto unico di accesso ha un ruolo centrale nella riorganizzazione dei servizi di accesso, valutazione ed erogazione, poiché gli sono state assegnate le seguenti funzioni:

- 1) raccolta e presa in carico di tutte le segnalazioni di bisogno, da parte dei cittadini stessi, del medico di medicina generale, dell'assistente sociale o dell'ospedale, nell'ambito della continuità assistenziale, secondo specifico protocollo;
- 2) gestione e monitoraggio della banca dati informatizzata degli assistiti, a livello zonale, relativa all'attività sociosanitaria territoriale;
- 3) disponibilità del budget (fondo per la non autosufficienza), con allocazione di quota per la commissione denominata Unità di valutazione multidimensionale (Uvm).

La Regione Toscana ha posto

dei requisiti per la realizzazione del sistema informativo sui servizi della non autosufficienza, impliciti nella dizione di Cartella unica informatizzata dell'assistito, che deve registrare potenzialmente tutto il percorso assistenziale.

È evidente che lo stesso sistema informativo eredita da un altro livello, quello della Società della salute, il vincolo di fornire dati ed elementi informativi utili al monitoraggio dei servizi di zona.

Queste due dimensioni devono essere tenute ben presenti nella fase di sviluppo.

## IL NOMENCLATORE

L'elemento chiave che permette la comunicazione tra questi due livelli è il nomenclatore dei Servizi sociali e sanitari integrati, con la definizione dei percorsi assistenziali in forma di

iter programmabili di prestazioni che possono essere svolte da diverse professionalità.

Quando il nomenclatore delle voci di budget/bilancio e quello della gestione effettiva dei servizi al cittadino coincidono senza ambiguità (tavola 1), è possibile sfruttare il dato rilevato attraverso il sistema informativo per entrambi gli obiettivi.

Sotto questo aspetto, la Zona Pisana si è trovata avvantaggiata a livello regionale, poichè aveva iniziato dal 2001 un percorso sperimentale nella gestione informatizzata dei servizi territoriali sociali, quasi interamente gestiti dall'Azienda Usl 5 con le deleghe della gestione associata.

Questa situazione ha permesso da un lato di sfruttare le infrastrutture tecnologiche aziendali, in termini di reti e hardware, dall'altro di costruire, con la rete dei servizi sociali, una parte

fondamentale del sistema dei servizi che si trova oggi a ereditare il progetto per la non autosufficienza.

Il mattone fondamentale del processo si è rivelato da subito il nomenclatore, frutto del lavoro di analisi di gruppi di professionalità del servizio sociale delle tre zone dell'Usl 5, confrontato con esperienze maturate dall'Osservatorio provinciale sociale, dal Formez, dall'Istat, dal progetto di lavoro sui livelli essenziali della Regione Toscana con la Fondazione Zancan.

Il risultato è un albero gerarchico di definizione delle attività territoriali per ogni settore dei servizi sociali, compresi quelli per gli anziani a forte integrazione socio-sanitaria:

## IL GESTIONALE INFORMATIZZATO

Le definizioni del nomenclatore sono state inserite in un software gestionale denominato SS2000, acquisito dall'Azienda Usl 5 con capitolato di gara nel 2001.

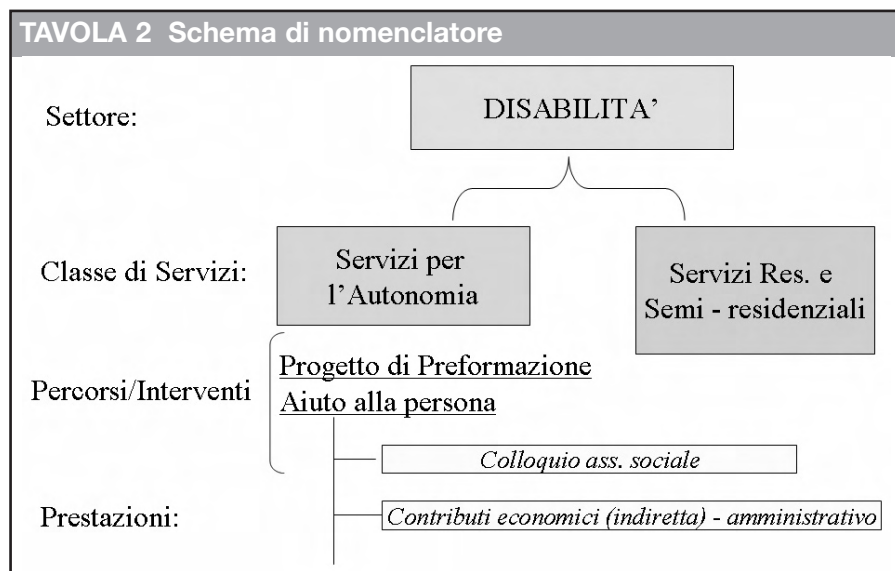
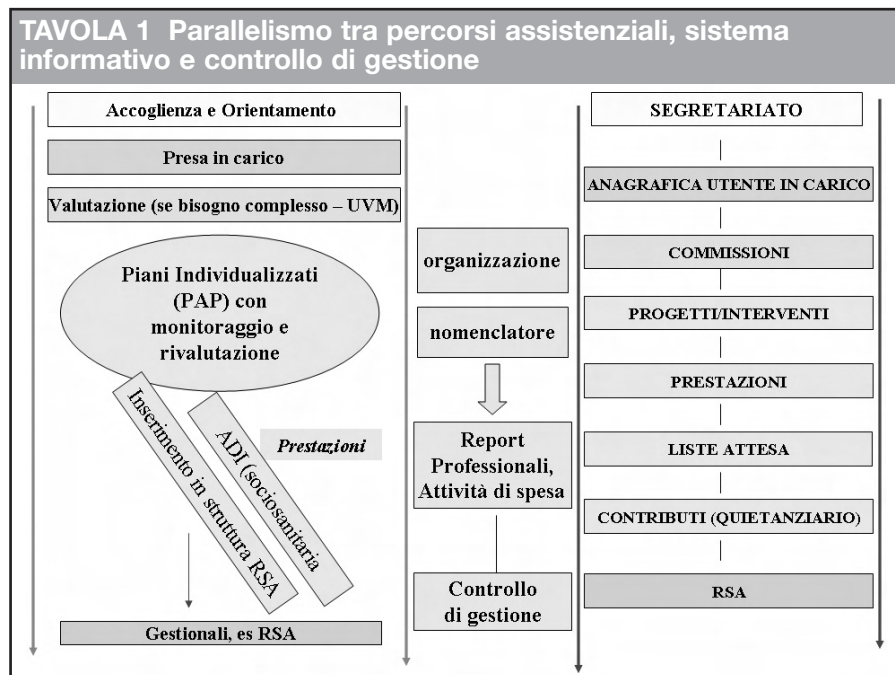
Questo prodotto software, pensato inizialmente per i soli servizi sociali e la loro organizzazione all'epoca del 2000/2001, è stato progressivamente sviluppato dal gruppo di lavoro congiunto dell'Usl 5 e della Società della salute di Pisa, tenendo conto delle nuove direttive regionali (del. R. T. 402/04); oggi permette di gestire le dimissioni programmate del Pua, le prese in carico territoriali da parte degli assistenti sociali, le valutazioni effettuate dalle commissioni Uvm (tavola 3), per proseguire poi con strumenti specifici per gli uffici amministrativi per l'erogazione di contributi (bonifici e assegni), le domande di lista attesa di zona (tavola 4) e la gestione delle rette per Rsa (gestione diretta).

## IL POTENZIAMENTO DELLE INFRASTRUTTURE TECNOLOGICHE

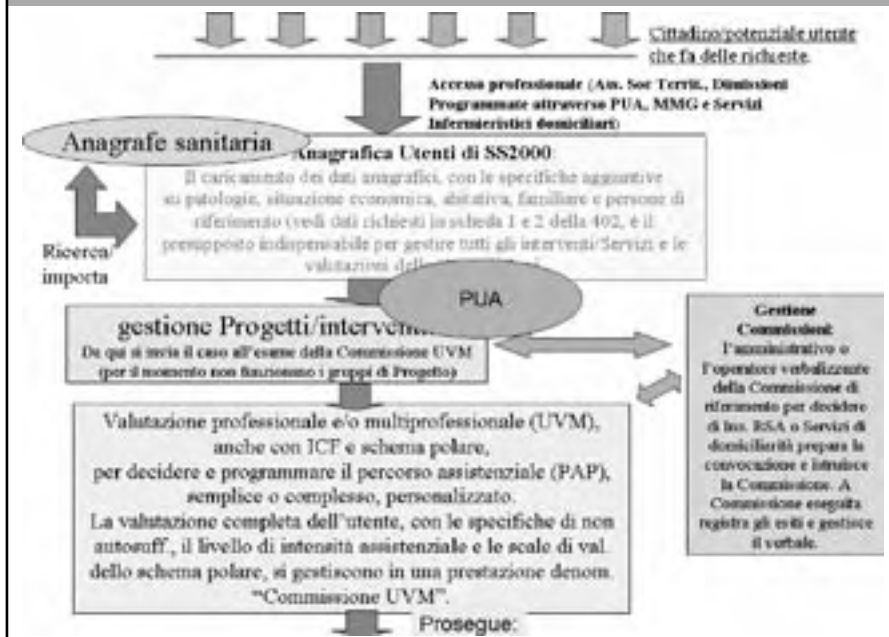
Asupporto di questi processi di informatizzazione dei servizi, nel 2006 è stato svolto un censimento approfondito delle carenze di collegamenti in rete e strumenti hardware, tipo computer e stampanti, nelle varie strutture territoriali della zona, che ha permesso di pianificare nel 2007 gli interventi correttivi.

Con un lavoro di coordinamento tra gli uffici della Programmazione istituzionale della Società della salute pisana e l'Unità operativa Tecnologie informatiche della Usl 5, è stato predisposto un piano di distribuzione di 40 computer nuovi, per un migliore utilizzo degli strumenti software già acquisiti e sviluppati.

La rilevazione ha tenuto conto in ogni caso anche degli sviluppi innovativi nell'organizzazione di servizi



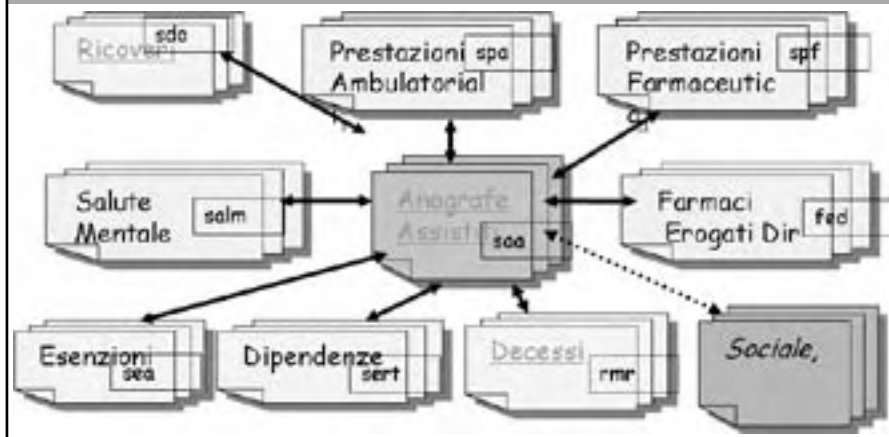
**TAVOLA 3** Schema di flusso delle informazioni sul percorso di presa in carico e valutazione del cittadino



**TAVOLA 4** Schema del percorso di erogazione di prestazioni al cittadino, secondo un nomenclatore definito



**TAVOLA 5** Schema del datawarehouse nel Progetto Ifc - Cnr di Pisa



previsti dalla delibera R.T. 402/04, con il potenziamento dei collegamenti tra uffici distribuiti sul territorio rispetto alla centrale operativa del Pua per i servizi rivolti alla non autosufficienza (anziani, ma anche disabili, ecc.), con sede a Pisa nella struttura polifunzionale di via Garibaldi.

## IL PROGETTO DI MONITORAGGIO DELL'IFC - CNR DI PISA

In parallelo con lo sviluppo delle cartelle informatizzate aziendali, la Conferenza dei Sindaci dal 2002 ha iniziato un percorso di lavoro con il Cnr di Pisa per sviluppare un sistema di governo del territorio dal punto di vista dei servizi sanitari e sociali, con un primo lavoro basato sulle tecnologie Gis, che nel 2003 ha unificato le basi cartografiche dei Comuni della Zona con quelle disponibili presso l'ufficio Sit della Provincia di Pisa.

Su questa base comune di conoscenza del territorio, che di fatto ha gettato le basi per uno scambio di dati e informazioni con i Comuni, sono state georeferenziate le strutture Usl 5 e comunali con i relativi servizi e sono stati elaborati in forma di mappe tematiche i dati statistici relativi alla demografia del territorio, ai dati di attività gestionale derivanti dalle cartelle informatizzate e i dati di specifiche problematiche come la presenza di anziani soli.

Questi lavori preliminari hanno creato i presupposti per un progetto più ampio con l'Istituto di Fisiologia Clinica del Cnr che dal 2006 ha iniziato lo studio dei flussi di dati aziendali Usl 5, inviati alla Regione Toscana, per sviluppare un sistema di monitoraggio e di valutazione dello stato di salute dei cittadini. Il progetto prevede l'analisi integrata dei flussi aziendali relativi alle attività territoriali e ospedaliere per mezzo di un *datawarehouse* (tavola 5), uno strumento di livello superiore rispetto alle singole cartelle informatizzate, che rende possibile ricostruire la storia di ogni singolo utente e i suoi percorsi di cura con relativi costi.

## Bibliografia

- AA. VV., *La Società della salute: la Sperimentazione della Zona Pisana*, Felici, Pisa, 2004.
- Caiola M., Cecchi G., Maccari M., Macaluso C., "Le trasformazioni in corso del sistema territoriale sociale e sanitario", in Caiola M., De Conno A., Ferraro D., Moretti E. (a cura di), *I Processi di Costruzione del Sistema Locale per la Salute*, Felici, Pisa, 2004, pp. 5-99.
- Iacopini A., Masserotti M. V., Barsocchi S., "La Tecnologia GIS per la realizzazione di un Sistema Informativo Territoriale dei Servizi Sociosanitari, Sanitari e Sociali nella Zona Pisana" in *Atti della 9° Conferenza Nazionale ASITA*, Catania 15-18 novembre 2005, II vol., pp. 1273-1278.
- Iacopini A., Moretti E., "Il profilo di Salute e il profilo dei Servizi nella zona pisana", in *L'informazione statistica territoriale della Provincia di Pisa*, a cura del Gruppo di lavoro permanente SISTAN (Sistema Statistico Nazionale), Pisa 2006, pp. 223-239.