

# 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 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 e 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

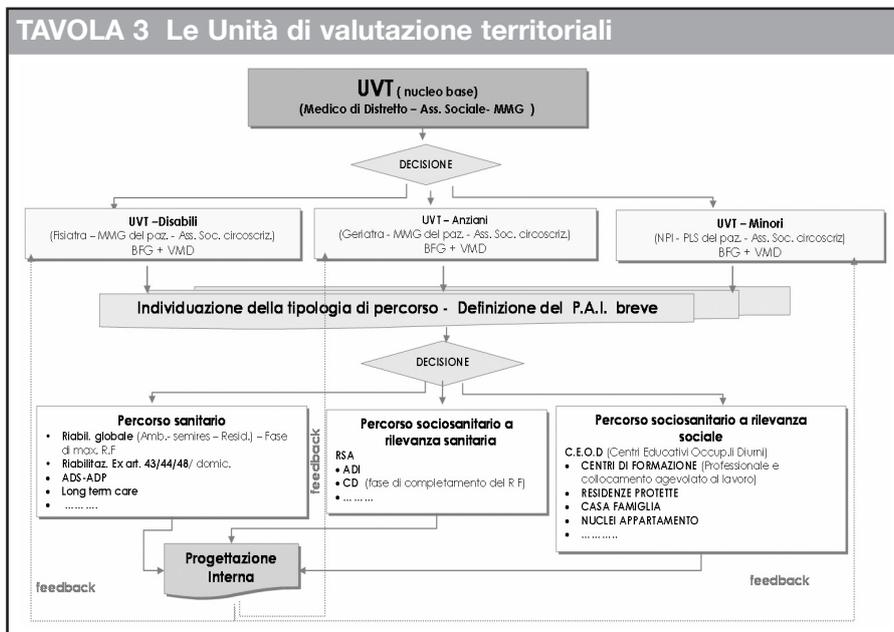
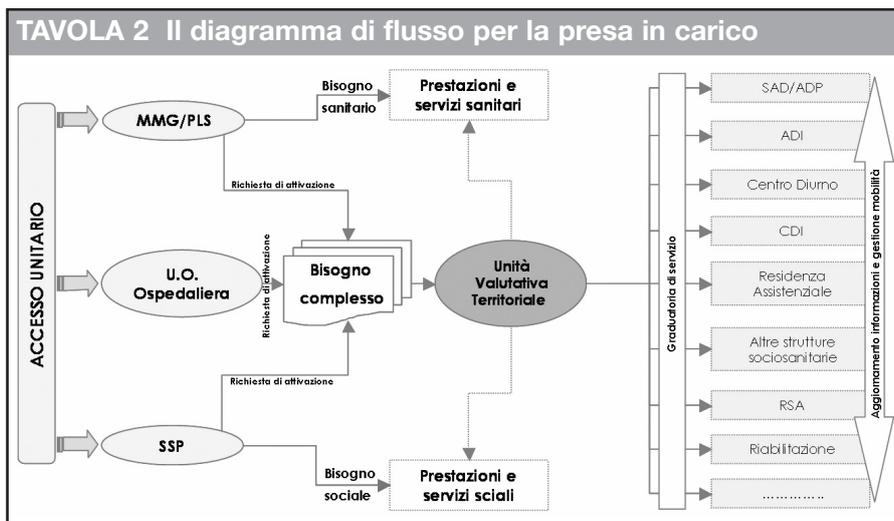
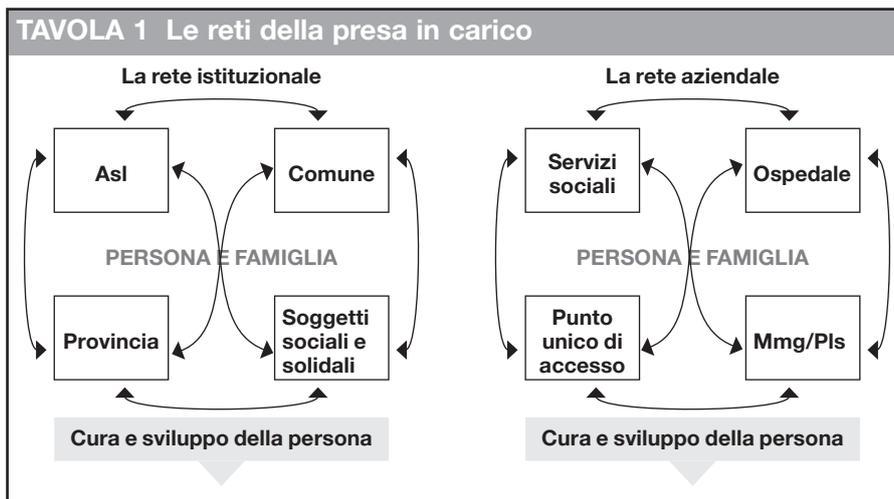
Riguardo al governo clinico dell'area sociosanitaria, non ancora studiato e affrontato in maniera sistematica, l'Asl di Cagliari ha proposto, adottato e implementato un modello razionale sviluppato a partire dalle aree anziani e disabilità, è fortemente basata, appunto, sulla "presa in carico" della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



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-

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

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.

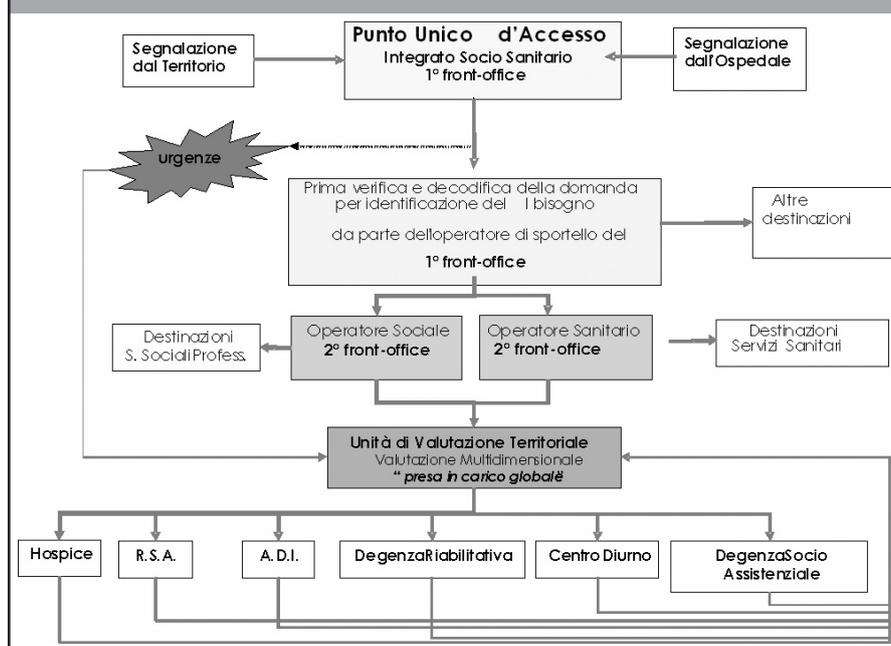
Al termine del progetto la persona prosegue il suo percorso nella rete dei servizi fino al suo rientro al proprio domicilio: in tutti i casi all'Uvt rientra sempre un'informazione per la prosecuzione della presa in carico.

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