

## Centrale Operativa Territoriale e Punto unico di accesso: quale possibile integrazione?

*I Punti Unici di Accesso ai servizi (PUA) sono previsti e promossi sia nel PNRR sia nel Piano Nazionale degli interventi sociali del 2021-2023. Seppur in assenza di indicazioni coordinate tra i due percorsi normativi, considerati i finanziamenti previsti è necessario maturare la consapevolezza della fase storica di grande opportunità in cui ci troviamo per rivedere i sistemi di accesso esistenti e, ricomporli, verso la costruzione di un unico punto di accesso integrato ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali.*

*di Marco Noli (Docente a contratto Facoltà di Scienze Politiche e Sociali Università Cattolica di Milano. Formatore e consulente organizzativo)*

Il tema dell'accesso ai servizi è sempre stato presente nel dibattito sul welfare. Le Regioni hanno declinato questi gate di accesso con denominazioni e funzionalità diversificate in ordine a; target di utenza di riferimento (rivolti a tutta l'utenza o a target specifici), modalità di segnalazione (accesso diretto dei cittadini o differito), mission affidata (rispetto alle funzioni assegnate e alle modalità organizzative) assetto istituzionale (del Comune/Ambito o dell'ASL) rapporto con gli erogatori dei servizi (compresa autorizzazione o meno della prestazione) (Bellentani et al.,2008; Devastato 2008 e 2011; Fosti et al., 2015 a e b).

Nell'ambito del riordino dell'assistenza sanitaria territoriale, il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (di seguito PNRR) prevede le Case della Comunità, al cui interno sono previsti sia i **Punti Unici di Accesso (PUA)**, sia le **Centrali Operative Territoriali (COT)**, che dovranno trovare una loro integrazione. Si segnala inoltre l'approvazione del Piano Nazionale degli interventi sociali del 2021-2023 che rilancia i PUA, quali LEPS , e in una specifica scheda tecnica ne declina dettagliatamente funzioni e modalità organizzative.

## Piano Nazionale Ripresa e Resilienza: PUA e COT

I PUA e le COT sono citati nel Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) alla Componente 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria" con collegamenti alla missione 5 "Inclusione e coesione", anche se in modo non diretto, nella parte relativa al sostegno alle persone vulnerabili (investimento 1 e 2 relativo alla componente sociale dell'assistenza territoriale).

Nella Missione 6 "Reti di prossimità strutture e telemedicina":

- l'Investimento 1 prevede l'attivazione di 1.288 "**Case della Comunità**", identificate come strutture sociosanitarie deputate a costituire un punto di riferimento continuativo per la popolazione. In tali Case, tra i servizi da erogare sono previsti i **punti unici di accesso alle prestazioni sanitarie per la valutazione multidimensionale** (servizi sociosanitari) e i **servizi sociali e assistenziali** rivolti prioritariamente alle persone anziane e fragili;
- l'Investimento 2 all'interno dei progetti indicati, è prevista l'attivazione di 602 **Centrali operative territoriali (COT)**, una per ogni distretto, con la funzione di coordinare i servi domiciliari con gli altri servizi sanitari,

assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

## Documento AGENAS: Modelli e standard di sviluppo dell'Assistenza Territoriale del SSN

Il Documento AGENAS del luglio 2021 recante "Modelli e standard di sviluppo dell'Assistenza Territoriale del SSN" declina meglio l'ipotesi di riordino dell'assistenza territoriale sanitaria contenuta nel PNRR. In particolare, per l'economia di questo contributo, interessa la definizione delle **Case della Comunità (CdC)** declinate come **Case della Comunità hub**, una in ogni distretto e di almeno 3 **Case della Comunità spoke** (una ogni 30/35 mila ab. nelle aree metropolitane, una ogni 20/25 mila ab nelle aree urbane e sub suburbane, una ogni 10/15 mila ab nelle aree interne e rurali).

Sono poi declinati i servizi che esse devono garantire: in entrambe sono previsti i Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale e, in entrambe, è raccomandata la presenza dei servizi sociali. Nella dettagliata descrizione delle funzioni si precisa che le CdC sono un nodo centrale dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto.

La loro centralità è data:

- sul lato del **governo della domanda**: dalle funzioni di medicina di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti;
- sul lato dall'**offerta**: dal lavoro multiprofessionale, dall'integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario;
- sul lato della **governance**: dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.

Quindi ogni CdC adotta meccanismi di coordinamento suddivisi in:

- rete intra CdC (rete dei professionisti che lavorano nella CdC);
- rete inter CdC (rete tra le CdC HUB e spoke);
- rete territoriale (rapporto con gli altri setting territoriali);
- rete integrata (rapporto con attività ospedaliera, in particolare ambulatori specialistici, e day service).

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento delle reti sopra descritte è la **Centrale Operativa Territoriale (COT)** che diviene il vettore di raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti. Secondo il documento AGENAS le COT sono "il fulcro del sistema" che coordina tutti i servizi, i presidi e i professionisti della rete sanitaria e sociosanitaria comprese le istituende Case della Comunità. Nella tabella 1 sono declinate, in sintesi, le funzioni e l'organizzazione delle COT.



<b>DOCUMENTO AGENAS: MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN - 2021</b>	
<b>CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)</b>	
<b>DEFINIZIONE</b>	COT è un modello organizzativo che svolge funzioni di: - coordinamento della presa in carico della persona; - raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliera; - dialogo con la rete emergenza - urgenza
<b>FUNZIONI</b>	- Coordinamento e presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti in diversi setting assistenziali ( transizione tra i diversi setting assistenziali) - Coordinamento /ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale; - tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro e da un livello clinico e assistenziale all'altro; - Supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete riguardo le attività e servizi distrettuali; - Monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al distretto al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.
<b>ATTIVAZIONE</b>	Tutti gli attori, operatori e professionisti del sistema (compreso i familiari, limitativamente ai pazienti protetti e critici che ne costituiscono il target di riferimento)
<b>OPERATIVITÀ</b>	7 giorni su 7. Dotata delle infrastrutture tecnologiche ed informatiche compreso il sistema informativo interconnesso con la Centrale Operativa Regionale Emergenza e Urgenza (116117)
<b>PROFESSIONALITÀ COINVOLTE</b>	Standard minimo di personale: 1 Coordinatore e 5 Infermieri. Il coordinatore, responsabile del funzionamento, riferisce direttamente al direttore del distretto o al direttore delle cure primarie di quel distretto
<b>DIMENSIONI</b>	Una COT ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale
<b>RISORSE</b>	Nel PNR sono previsti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.000 milioni per l'attivazione delle Case della Comunità;</li> <li>• 280 milioni per la Costituzione delle COT</li> </ul> Ci sono 150 milioni per il personale del DL 34/2020 dedicato all'assistenza domiciliare. Altre risorse PNRR sono utilizzabili per l'interconnessione tecnologica.
<b>GOVERNO ISTITUZIONALE</b>	Azienda sanitaria, in particolare Direttore di Distretto o Direttore delle cure primarie

Fonte: elaborazione dell'autore

Tabella 1 – Funzioni e organizzazione delle Centrali Operative Territoriali

Mentre il citato documento AGENAS declina una scheda tecnica per la COT, al di là di prevedere che in ogni CdC (sia hub che spoke) debba essere previsto obbligatoriamente un PUA, non specifica nulla sulle funzioni e sulla sua organizzazione.

## PUA nel Piano Nazionale degli interventi sociali 2021-2023

Il 28 luglio 2021 la Rete della protezione e dell'inclusione sociale presieduta dal ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali ha discusso e approvato il nuovo **Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali**, contenente il Piano nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 e il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023.

Il "Piano nazionale degli interventi sociali 2021-2023" descrive il **Punto Unico di Accesso (PUA)** "come modello organizzativo finalizzato al benessere dell'individuo quale LEPS" e lo colloca nell'ambito del "welfare d'accesso" di Comunità. In sintesi, si riporta nella Tabella 2 le funzioni e le modalità organizzative previste per i PUA.

PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI 2021 – 2023	
PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)	
<b>DEFINIZIONE</b>	<p>Il PUA quale modello più evoluto dei servizi chiamati segretariato sociale, sportello sociale, porta unica di accesso, ecc.</p> <p>PUA non solo come luogo fisico ma come modalità organizzativa, come approccio multiprofessionale integrato ai problemi del cittadino con la rete dei servizi.</p> <p>PUA come luogo di accoglienza sociale e sociosanitaria (servizio di accoglienza e orientamento tra Comune /ATS e Distretti ASL)</p>
<b>FUNZIONI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attività di informazione e orientamento ai cittadini sui diritti, sui servizi e gli interventi del sistema locale sociale e sociosanitario (integrati anche con i servizi del lavoro e della formazione) e sulle opportunità inclusive e di partecipazione che la comunità locale esprime;</li> <li>- Accoglienza ed ascolto;</li> <li>- Raccolta della segnalazione, orientamento e gestione della domanda;</li> <li>- Attivazione degli altri referenti territoriali della rete formale dell'utente per eventuali approfondimenti della richiesta a garanzia di risposta da parte di un sistema integrato;</li> <li>- Prima valutazione dei casi;</li> <li>- Risoluzione dei casi semplici;</li> <li>- Avvio della segnalazione per la presa in carico delle situazioni complesse tramite l'attivazione dell'équipe multidisciplinare integrata ed integrazione con i servizi della rete territoriale;</li> <li>- Supporto nella definizione di un progetto personalizzato con l'individuazione degli interventi di supporto da attivare anche attraverso strumenti quali ad esempio il budget di salute;</li> <li>- Monitoraggio delle situazioni di fragilità sociale, socio-sanitaria e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica e dello stato di bisogno;</li> <li>- Attivazione di canali comunicativi con i MMG (medici di medicina generale) e i PLS (pediatra di libero scelta) per facilitare interventi integrati tra i servizi territoriali sociosanitari;</li> <li>- Promozioni di reti formali e informali della comunità al fine di mantenere relazioni e collaborazioni sinergiche con gli attori sociali del territorio per la conoscenza dei problemi della comunità e delle risorse attivabili;</li> <li>- Raccolta dati e delle informazioni utili all'orientamento della programmazione dell'offerta dei servizi;</li> <li>- Aggiornamento mappatura dei servizi e delle risorse sociali e sociosanitarie disponibili nel territorio comunale (strutture, servizi e interventi);</li> <li>- Monitoraggio e valutazione di esito dei processi avviati.</li> </ul>
<b>ATTIVAZIONE</b>	<p>Le singole persone e le famiglie residenti o temporaneamente presenti sul territorio che esprimono un bisogno sociale o sociosanitario, specialmente se in condizioni di fragilità e vulnerabilità sociale e/o sanitaria, il PUA accoglie ogni istanza, è il fulcro di competenze istituzionali con il ruolo attivo nel sistema integrato dei servizi alla persona anche valorizzando il ruolo del TS nella co-progettazione.</p>
<b>OPERATIVITÀ</b>	<p>Ogni intervento del PUA si conclude con una valutazione e con la proposta del relativo percorso.</p> <p>Le funzioni del PUA sono articolati su tre livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>front office</b>: aperto orari di ufficio e accessibile anche con altri mezzi di comunicazione. Prende in considerazione segnalazioni di soggetti fragili segnalate da MMG/PLS, A.A.G.G, associazioni di volontariato, parrocchie e altri soggetti.</li> <li>- <b>back office di 1° livello</b>: richieste "semplici" il PUA orienta e/o invia a servizi individuati. Per le situazioni "complesse" che non richiedono una presa in carico integrata ma che sono riconducibili a uno specifico ambito di pertinenza, il PUA provvede ad avviare il percorso di presa in carico attivando direttamente i servizi;</li> <li>- <b>back office di 2° livello</b>: riesame dei Responsabili tecnici del PUA, rappresentanti dei diversi Enti coinvolti. Attivazione équipe integrate multidisciplinari secondo accordi / protocolli sottoscritti tra le parti.</li> </ul> <p>Il front office e i back-office devono essere dotati di strumentazione adeguata e locali con spazi per il lavoro di équipe</p>

Fonte: elaborazione dell'autore

Tabella 2 – Funzioni e modalità organizzative del Punto Unico di Accesso (1° parte)

PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI 2021 – 2023	
PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)	
<b>PROFESSIONALITÀ COINVOLTE</b>	<p><b>Front office base</b> : personale amministrativo formato a filtrare le istanze e i bisogni manifestati dalle persone. Supporto di un mediatore linguistico e/o culturale, laddove opportuno.</p> <p><b>Il front office avanzato</b>: deve prendere oltre le figure di quello di base, la presenza di assistenti sociali, eventualmente integrati con figure sanitarie, al fine di consentire una prima e celere valutazione del bisogno presso o inespresso ma cogente.</p> <p>Ciascun ente (che ha servizi di accoglienza già attivi) in ciascun ambito territoriale individua dei <b>Responsabili tecnici del PUA</b> i quali possano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adottare, in sinergia, i provvedimenti necessari a garantire la qualità e la continuità del servizio;</li> <li>- valutare le richieste di attivazione della UVM/equipe integrata nelle situazioni complesse.</li> </ul> <p>Sono date poi indicazioni per favorire l'adeguato funzionamento le PUA che prevedono : un referente per servizio di collegamento con il PUA, la formazione degli addetti al PUA, la formalizzazione di procedure operative specifiche, l'attività di informazione all'utenza, strumenti di valutazione e di monitoraggio dell'attività del PUA, la supervisione degli operatori, un sistema informativo integrato.</p> <p>Linee guida, accordi di programma e protocolli di collaborazione tra Enti devono prendere in modo specifico le risorse di personale sociale e sanitario assegnato a ciascun PUA</p>
<b>DIMENSIONI</b>	Un PUA per ciascun ambito territoriale
<b>RISORSE</b>	Alla definizione delle risorse di personale e finanziario, individuate attraverso protocolli di intesa e/o operativi locali o altri strumenti devono concorrere sia il comparto sanitario sia quello sociale, eventualmente con la compartecipazione della Quota servizi Fondo povertà per il finanziamento del c.d. Segretariato sociale e delle risorse del FNPS (circa complessive 172 milioni annui dal 2021 al 2023)
<b>GOVERNO ISTITUZIONALE</b>	il PUA è realizzato e gestito congiuntamente dall'Ambito territoriale e dall'Azienda Sanitaria o Ambito territoriale che concorda un protocollo o accordi e modalità operative di presa in carico con le Aziende Sanitarie per assicurare una responsabilità condivisa nella presa in carico successiva.

Fonte: elaborazione dell'autore

Tabella 3 – Funzioni e modalità organizzative del Punto Unico di Accesso (2° parte)

## Confronto tra COT e PUA

Il confronto tra i COT previsti dal Documento AGENAS del luglio 2021 recante "Modelli e standard di sviluppo dell'Assistenza Territoriale del SSN" e del PUA indicato nel Piano nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023, effettuato tramite cinque dimensioni strategiche<sup>1</sup>, evidenzia alcuni fattori significativi.

La COT, infatti, risulta assimilabile a un "Punto unico di accesso" per uno specifico target di servizio, principalmente riconducibile all'assistenza domiciliare e alla medicina territoriale. Il PUA, secondo questa analisi, rappresenta invece un

punto unico di accesso rivolto a tutti i cittadini, alla rete degli operatori formali e informali, in un'ottica di welfare di comunità.

Dimensioni strategiche	COT (documento AGENAS)	PUA (Piano Nazionale Servizi sociali 2021 – 2023)
Target Utenza	Pazienti in carico all'assistenza domiciliare o alla medicina territoriale	Singoli e famiglie con un bisogno sociale e sociosanitario
Modalità di segnalazione	Gli operatori/attori del sistema della presa in carico (comprese le famiglie limitatamente ai pazienti presi in carico)	I cittadini singoli e le famiglie residenti o temporaneamente presenti sul territorio che esprimono un bisogno sociale o sociosanitario. I MMG/PLS/, le AA.GG, le associazioni di volontariato, le parrocchie e altri soggetti
Mission: funzioni assegnati e perimetro di funzionamento	Coordinamento dei servizi della presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare, garantendo anche la transizione delle cure tra i diversi setting assistenziali (continuità della cura)	<b>Front office:</b> informazione e filtro delle istanze; <b>Back office 1° livello:</b> orientamento e avvio percorso di presa in carico; <b>Back office 2° livello:</b> riesame e attivazione delle équipes multidisciplinari Valorizzazione delle risorse della Comunità.
Assetto Istituzionale	Totale gestione delle Aziende Sanitarie, in particolare dall'articolazione organizzativa distrettuale e delle cure primarie	Gestione affidata all'Ambito territoriale, attivando la rete dei Responsabili tecnici di PUA nominati da ciascun Ente, congiuntamente con le Aziende Sanitarie attraverso con protocolli e accordi
Rapporto con la fornitura dei servizi	Funzione organizzativa e funzionale a garantire la continuità assistenziale, non chiaramente definita se comprenda la funzione autorizzativa delle prestazioni.	Il <b>Back office 2° livello:</b> ambito della VMD e definizione di progetto può prevedere l'attivazione dei soggetti erogatori con definizione del budget di progetto

Tabella 4 – Confronto tra COT e PUA

## Possibile integrazione tra PUA e COT

La lettura delle funzioni dei PUA risulta coerente con la previsione contenuta nel DL 34/70, convertito con legge 77/20, dove si prevedeva l'attivazione di *“strutture di prossimità per la promozione della salute e della prevenzione..... ispirate al principio della piena integrazione sociosanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e gli Enti del Terzo settore senza scopo di lucro”*. Queste strutture di prossimità hanno assunto nel PNRR la denominazione di Casa delle Comunità e, nel citato documento AGENAS, sono state declinate prevalentemente nella dimensione sanitaria, mutuando tale visione dalle esperienze non sempre così positive delle Case della salute.

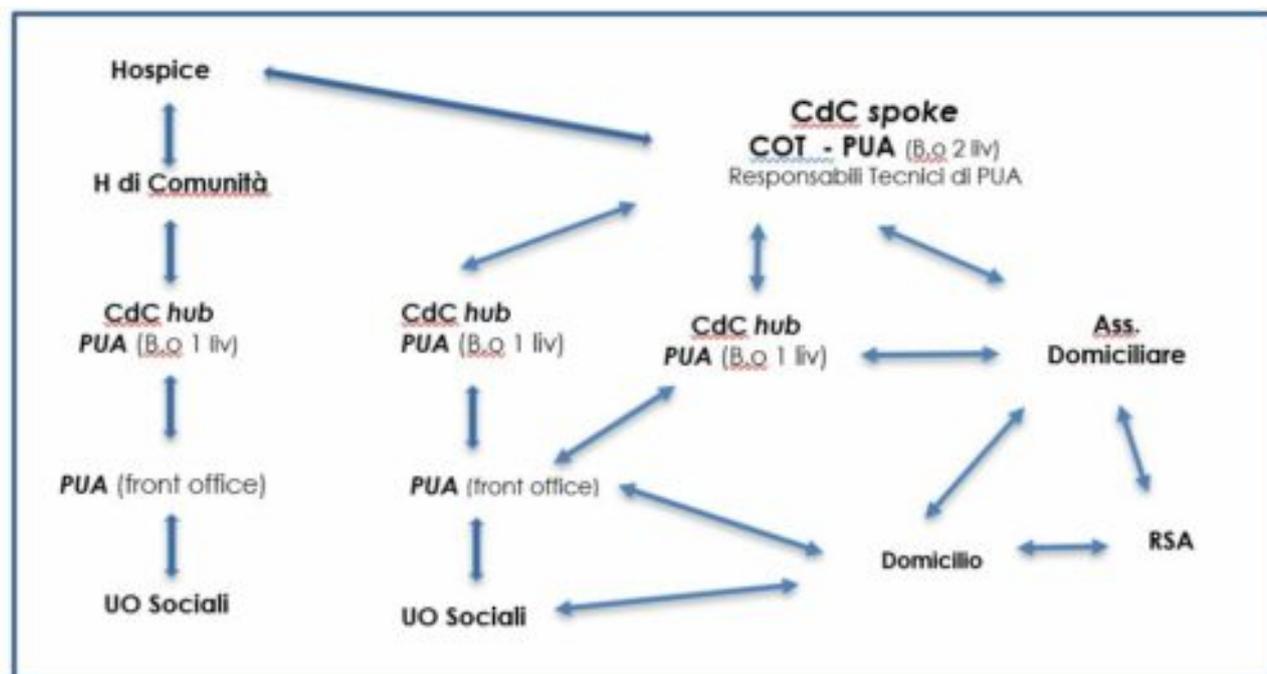
Sarebbe necessario ricondurre le Case della Comunità, oltre alla certamente auspicabile ricomposizione degli interventi sanitari e sociosanitari, alla reale integrazione con gli interventi sociali e con le espressioni della comunità locale e gli Enti di Terzo settore, nell'ottica di un welfare di comunità<sup>2</sup>. Un primo passaggio verso questo obiettivo può essere rappresentato dall'attivazione del PUA come reale punto unico di accesso degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali (Pesaresi, 2013 a e b).

È utile richiamare che la legge finanziaria 2021, art. 1 comma 797, prevede il potenziamento dei Servizi Sociali comunali, quali livelli essenziali di prestazione sociali, ridefinendo il rapporto tra AS/abitanti (1 AS/ 4.000 ab) e prevedendo le opportune risorse. Il Piano nazionale degli interventi sociali 2021-2023 **prevede che queste risorse non siano destinate esclusivamente agli interventi di contrasto della povertà ma possano contribuire alla risposta più ampia dei bisogni dei cittadini**. Questo significa che gradualmente i territori avranno a disposizione un potenziamento degli assistenti sociali che potranno interagire e andare a costruire l'ossatura reticolare dei PUA.

Le risorse del PNRR nell'ambito delle già citate Missioni, quelle del Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 ma anche quelle previste nelle altre Missioni del PNRR (es. digitalizzazione della Pubblica Amministrazione) consentiranno di lavorare per la costituzione della rete integrata dei PUA.

Collocare il PUA, back office di 2° livello, come luogo fisico a livello distrettuale affinché interagisca direttamente con la COT deputata a coordinare l'assistenza domiciliare e il transito tra i setting di cura potrebbe, con opportuni accordi tra i Comuni dell'Ambito e le ATS/ASL, **garantire un livello d'integrazione importante** con ricadute positive enormi per le famiglie e per i cittadini.

Il collegamento a rete con il PUA di 1° livello e le COT, collocabili nella CdC spoke potrebbe utilmente integrare i punti di accesso del cittadino. Infine, l'interoperabilità delle reti informatiche sanitarie, sociosanitarie e sociali che colleghi tutti i servizi e i professionisti dell'ambito distrettuale potrebbe garantire semplificazione nello scambio di informazioni e facilitare l'integrazione degli interventi, nonché la possibilità, per il cittadino che accede a qualsiasi punto della rete, di avere informazioni e orientamento e, se necessario, essere indirizzato alla presa in carico presso le Case della Comunità.



Fonte: elaborazione grafica dell'autore

Figura 1 – Modelli e standard di sviluppo dell'Assistenza Territoriale del SSN, Agenas 2021

## Riflessioni conclusive

L'integrazione tra servizi della rete sanitaria, sociosanitaria e sociale è sempre stato uno degli anelli deboli nel sistema di Welfare in Italia.

È ormai noto come, interventi coordinati di informazione e accompagnamento alle famiglie e prese in carico integrate tra servizi diversi possano influenzare in modo decisivo il buon esito dei percorsi di cura, a tutti i livelli della rete e per tutte le tipologie di bisogno. L'attuale riqualificazione della rete dei PUA esistenti e il coordinamento con le COT potranno realizzarsi nel tempo ma **l'integrazione potrà essere raggiunta se il grado di maturità istituzionale e sociale dei territori e la necessaria formazione di tutti gli operatori appartenenti alla rete dei PUA saranno garantiti.**

Il punto di accesso unitario infatti non può garantire di per sé l'attuazione di una piena integrazione, soprattutto all'interno di un sistema di welfare così frammentato quale è il nostro. Esso però può rappresentare un primo passo significativo, può facilitare percorsi di accesso ad oggi complessi e critici per i cittadini e, unitamente ad accordi istituzionali e protocolli d'intesa tra gli attori della rete, potrà permettere di sperimentare forme di integrazione "parziali" volte a sostenere, nel tempo, il raggiungimento di un sistema integrato di Welfare. **È un'occasione da non perdere!**

## Note

1. E. Notarnicola, F.Longo, G. Fosti, A. Pirazzoli e descritte nel saggio "I Punti Unici di Accesso (PUA) nel settore

sociosanitario: una riflessione teorica e una proposta per al progettazione dei PUA” in Mecosan n. 94/2015 a pp. 51- 66.

2. Esula l'obiettivo di questo contributo approfondire il tema delle Case della Comunità e pertanto si rinvia per approfondimenti al documento “La casa della Comunità” elaborato dall'associazione “Prima la Comunità” scaricabile dal sito [www.primalacomunita.it/](http://www.primalacomunita.it/)

## Bibliografia

AGENAS (2021), *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN*, luglio.

Bellentani D., Inglese S.A., Banchemo A. (2008), *Punto unico di accesso: i risultati di una ricerca*, Quaderni di Monitor n. 2, Punto Unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale, Anno VII, n. 21.

Devastato G. (2008), *Le funzioni del welfare d'accesso*, Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 18 , pp. 5-7.

Devastato G. (2011), *Sportelli sociali, punto unico di accesso: modalità organizzative per garantire equità, omogeneità e continuità degli interventi sociosanitari per la non autosufficienza*, Forum NA, Giugno.

Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A. (2015a), *I Punti Unici di Accesso (PUA) nel settore socio-sanitario: una riflessione teorica e una proposta per al progettazione dei PUA*, Mecosan n. 94, pp. 51-66.

Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A. (2015b), *Accesso e selezione degli utenti nel settore sociosanitario: modelli di gate unici (PUA) a confronto*, Rapporto OASI 2015, pp. 415-440.

Pesaresi F. (2013 a), *Le funzioni di Punti Unici di accesso*, Welfare Oggi, n. 1, pp. 15-22.

Pesaresi F. (2013 b), *L'organizzazione dei Punti Unici di accesso*, Welfare Oggi, n. 2, pp. 55-64.