

Organizzazione e funzionamento Cure domiciliari e Punti Unici di Accesso (PUA) dei servizi.

Due proposte di interrogazione consiliare

Il Gruppo Solidarietà ha predisposto ed inviato ai consiglieri regionali due proposte di interrogazione¹ in tema di **cure domiciliari** e **Punto unico di accesso (PUA)** ai servizi. Di seguito le motivazioni della richiesta.

1) Cure domiciliari. Sono diverse decine di migliaia le persone non autosufficienti che [vivono a casa](#) che necessitano, senza riceverli, di continuativi interventi sanitari e sociosanitari domiciliari. Si tratta di prestazioni, in particolare, di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, di assistenza tutelare.

Le **cure domiciliari** rientrano tra le prestazioni di livello essenziale che il servizio sanitario è tenuto a garantire ([Dpcm 12 gennaio 2017, art. 22](#)). Il Decreto ministeriale [n. 77/2022](#), e le attuazioni regionali, [Dgr 559/2023](#), indicano la “casa come primo luogo di cura”.

La regione Marche ne ha disciplinato l'erogazione, da ultimo, con la [Dgr 791/2014](#). Il livello di intensità assistenziale presente nelle Linee Guida del 2014, è lo stesso di quello presente nella normativa sui LEA. La delibera definisce gli “standard di servizio”, ovvero le figure professionali impiegate, i tempi degli accessi domiciliari definiti sulla base dell'impegno/intensità assistenziale e della complessità dell'intervento, così come definiti dal Piano di assistenza individualizzato (PAI).

Le figure professionali deputate ad assicurare le cure domiciliari sono: medico di medicina generale, medico specialista, infermieri, riabilitatori (fisioterapista, logopedista, ecc.), psicologi, dietisti, operatori sociosanitari. Pur essendo un servizio di livello essenziale e come tale da assicurare, nella gran parte del territorio regionale queste prestazioni non vengono garantite. Allo stesso modo non viene assicurata la copertura oraria (intensità della presa in carico) che deve andare da 5 a 7 giorni a settimana.

Se si vuole davvero promuovere la domiciliarità e aiutare le persone e le famiglie che si impegnano a garantire l'onere dell'assistenza e della cura è necessario che i sostegni previsti siano tali. **Occorre allora conoscere nel dettaglio per ogni Distretto sanitario quali sono le figure professionali impiegate, con quale dotazione oraria e su quanti giorni la settimana.** Troppo spesso il ricorso alle strutture residenziali è, infatti, determinato dall'inadeguato sostegno che ricevono le famiglie; così come il rientro a domicilio dopo una malattia acuta che determina non autosufficienza si trasforma troppo spesso in abbandono terapeutico per la mancanza dei necessari sostegni sanitari e sociosanitari.

Per approfondire: [Curare a casa non sia solo uno slogan. Le cure domiciliari nelle Marche.](#)

¹ Lo strumento delle interrogazioni consiliari, che prevede l'obbligatorietà della risposta è sostanzialmente l'unica possibilità per un'associazione come la nostra per avere informazioni e dati. Ricorriamo alla proposta di interrogazione perché con richiesta diretta non si hanno riscontri. Nel nostro caso, le risposte ottenute permettono di poter porre all'attenzione e rilanciare pubblicamente temi e problemi riguardanti politiche ed interventi rivolti alle fasce più deboli della popolazione. Ovviamente, occorre che ci siano consiglieri disposti ad assumere le proposte. Ad oggi, è sempre successo. E lo sono stati, negli ultimi 25 anni, sia di maggioranza che di opposizione. Fino a qualche anno fa anche il ricorso al Difensore civico regionale garantiva alle associazioni qualche forma di risposta da parte delle istituzioni. Vedi, ad esempio, sul tema delle rette a carico degli utenti nelle [RSA anziani](#). Si può ben dire [fino a qualche anno fa](#).

Oggetto: **Funzionamento delle cure domiciliari. Figure professionali impiegate e tempi di erogazione.**

Premesso che

- La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale setting privilegiato dell'assistenza territoriale (Decreto 77/2022 su "Modelli e standard dell'assistenza territoriale");
- Le cure domiciliari rientrano tra le prestazioni di livello essenziale che il servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire (DPCM 12 gennaio 2017, art. 22 e 23) e si articolano per diversi livelli di intensità assistenziale (base, I, II, III livello); quelle palliative: livello base e specialistico;
- La regione Marche, da ultimo, con la Dgr 791/2014 ha approvato le *Linee guida sulle cure domiciliari sono erogate*, a seconda del livello assistenziale, da 5 a 7 giorni settimanale e prevedendo la presenza del MMG, medici specialisti, infermieri, professionisti della riabilitazione, psicologi, operatori sociosanitari.

Considerato che

- In tutto il territorio regionale emerge la difficoltà delle persone malate e non autosufficienti a vedersi garantiti interventi sanitari e sociosanitari di cui hanno necessità e diritto;
- La loro carenza o mancanza pregiudica o impedisce la permanenza a domicilio con effetti sulla salute e qualità di vita delle persone e delle famiglie.

interroga il Presidente della Giunta Regionale per conoscere

- La dotazione organica e le figure professionali, per ogni Distretto sanitario, che operano all'interno dei servizi di cure domiciliari, comprese le cure palliative;
- I tempi di erogazione: su quanti giorni e con quale articolazione oraria.

2) Punto Unico di Accesso (PUA). La necessità di assicurare un accesso unitario agli interventi sociali, sociosanitari e sanitari è stata introdotta dalla normativa nazionale nel 2007.

In maniera dettagliata nel 2015, [DGR 111 del 23 febbraio 2015](#), la regione Marche ha definito funzione, attività, articolazione organizzativa, dotazione minima, processi, percorsi e procedure. L'obiettivo è quello di accogliere e ridefinire i "i bisogni della persona per attivare un processo di presa in carico unitaria eliminando o semplificando i numerosi passaggi che l'assistito ed i suoi familiari devono compiere".

Negli ultimi anni, la legge finanziaria per il 2022 ([L. 234/2021](#)), il [Piano nazionale non autosufficienze 2022-24](#), Il Decreto ministeriale [n. 77/2022](#), ne hanno definito con dettaglio, ruolo, funzione, organizzazione. Le recenti disposizioni regionali, da ultimo: *attuazione del Piano non autosufficienza 2022/24*: [Dgr 1496/2023](#); *attuazione del Decreto Ministeriale n. 77/2022*, [Dgr 559/2023](#) recepiscono tali indicazioni.

A distanza di 8 anni dalle dettagliate indicazioni regionali che già prevedevano le modalità di funzionamento insieme alla dotazione minima di personale afferente a Distretto e Ambiti sociali/Comuni, nella gran parte del territorio regionale tale funzione non risulta esercitata con effetti negativi sulle persone che necessitano di presa in carico unitaria. Se da un lato tale funzione non risulta assicurata nondimeno essa viene spesso, spacciata come tale.

Risulta intollerabile come indicazioni organizzative e regolamentari che non lasciano adito ad interpretazioni: sede unitaria e operatori sociali e sanitari dei diversi enti che operano in una sede unitaria, possano essere camuffati con prassi completamente differenti.

Per questo motivo è necessario conoscere nel dettaglio: - ubicazione dei Punti Unici di Accesso; - personale del Distretto e dell'Ambito/Comuni che vi operano. Aspetti peraltro previsti dall'Accordo di programma tra Comitato dei Sindaci e Azienda sanitaria per la realizzazione dell'Unita Operativa Sociale e Sanitaria (UOSes), [Dgr 110/2105](#).

Per approfondire: [Punto Unico di Accesso \(PUA\). Il quadro nazionale.](#)

Oggetto: Presenza effettiva, ubicazione e funzionamento dei Punti unici di accesso (PUA).

Premesso che

- Le prime normative riguardanti la necessità dell'accesso unitario ai servizi sociali, sociosanitari e sanitari risale al 2007 (Decreto Ministero Salute 10 luglio 2007);
- La regione Marche con la Dgr 111/2015 "Piano regionale socio sanitario 2012-14. Governo della domanda socio-sanitaria. Integrazione di accesso, valutazione e continuità dell'assistenza tra servizi sanitari e sociali", ha definito le modalità di funzionamento dei Punti Unici di accesso (PUA) che si configurano come "porta unitaria di accesso alle cure territoriali e alle prestazioni sociali";
- Comuni e Azienda sanitaria definiscono le modalità "tempi e modi della progressiva integrazione nel PUA degli Uffici di promozione sociale (UPS) e degli Sportelli della salute (SDS) presenti sul territorio";
- Viene definita la dotazione minima delle figure professionali inserite nel PUA: personale infermieristico/assistente sanitario, personale amministrativo, personale dell'UPS oltre il personale dedicato presso la sede dell'Unità operativa sociale e sanitaria (UOSes) cui alla Dgr 110/2015.

Considerato che

- Il Piano nazionale non autosufficienza 2022-24 ha definito Il Punto Unico di Accesso (PUA) come modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari ed indicato che i Comuni e le Aziende sanitarie locali istituiscono in ogni ambito territoriale ottimale un punto unico di accesso all'insieme dei servizi stessi (PUA). Le funzioni del PUA, si collocano nel distretto sociosanitario presso una sede territoriale strategica, ove siano presenti un numero rilevante di servizi sanitari e/o sociali e di funzioni direzionali.

Visto che

- il richiamo alla funzione del PUA è presente costantemente negli atti regionali degli ultimi anni che disciplinano l'accesso ai servizi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali;
- Risulta ad oltre 8 anni dalle disposizioni regionali che in gran parte del territorio regionale, Comuni e Aziende sanitarie non hanno attivato una "porta unitaria di accesso" nella quale operano congiuntamente personale dei Comuni e del distretto sanitario;

interroga il Presidente della Giunta Regionale per conoscere

- Quanti sono i Punti unici di accesso, con i requisiti sopra richiamati, effettivamente presenti nella nostra Regione e in quale luogo sono ubicati;
- Quali sono gli operatori dei Comuni/ATS e dell'Azienda sanitaria che operano congiuntamente, per ogni Distretto, nei PUA.