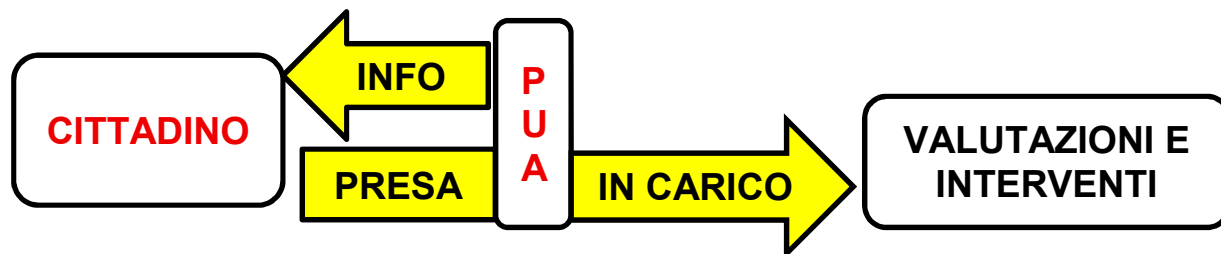


Il testo sui PUA nel Piano Naz. le dei Servizi Sociali 2024-26 è del tutto identico a quello che c'era nel Piano 2021-23, il che è anche un segnale del **mancato monitoraggio** di cosa è accaduto davvero nei territori. Ed i PUA ora esistenti o in attivazione presentano enormi differenze, sia di modello che di funzioni.

**Il LEPS assegna due macro funzioni ai PUA:**



- 1) Fornire il massimo di informazioni ai cittadini **sia sui loro diritti che sulla rete dei servizi**
- 2) Essere porta di accesso per una presa in carico il più articolata ed integrata possibile

Ma il testo del Piano appare modesto rispetto al “come fare”, ossia poco attento agli snodi organizzativi da gestire. **Discutiamo allora di alcune scelte per dare attuazione al LEPS, e di questioni con le quali occorre misurarsi:**

A) Nel Piano il PUA è un servizio fortemente sociosanitario, **da gestire in modo integrato tra Ambiti Sociali e ASL**. Dunque il disegno non prevede “PUA solo sociali”, che “si affiancano” ad “altri” PUA sociosanitari.

**QUESTIONE:** Questo modello implica che luoghi di “Sportello o PUA sociale” siano interni al PUA sociosanitario in comune con l’ASL, e che quindi il PUA possa gestire sia bisogni di disabilità/non autosufficienza sia problemi di natura solo sociale (ma tutti?)

B) Nessun cenno viene fatto alle **Case della Comunità**, se non richiamando il Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022/24 che le prevede come la sede dei PUA (come poi fa anche il D. Lgs 29/2024, dalla legge delega su anziani)

**QUESTIONE:** Le Case della comunità sono il luogo ideale (e possibile) per i PUA?

C) Nel Piano il PUA non è “una funzione” dei servizi di primo accesso del cittadino, ma “un servizio”, cioè un “luogo dedicato” con propri operatori e struttura fisica. Ma il Piano più volte evidenzia **le due macro funzioni (info ai cittadini e percorso di presa in carico organico) come relative a tutti i luoghi di primo accesso dei cittadini**. Però nella grande maggioranza dei piccoli Comuni (i più diffusi nel Paese) i servizi sociali di accesso sono di norma costituiti da una assistente sociale che riceve da sola il pubblico muovendosi tra i vari comuni.

**QUESTIONE:** Come potenziare le due funzioni (info ai cittadini e percorso di presa in carico organico) anche per gli operatori che non gestiscono il primo accesso entro strutture a ciò dedicate? Peraltro il PUA non può diventare l'unico luogo di primo accesso ai servizi sociali, specie nei territori di medi/piccoli Comuni, pena ridurre troppo i luoghi attuali di accesso.

D) Nulla è previsto su **funzioni proattive per l'accesso dell'utenza**, ossia per non restare solo ad aspettare gli utenti, ma “andare a cercarli”

**QUESTIONE:** diverse tipologie di utenti non possono, o non vogliono, recarsi autonomamente ai servizi (anziani soli poco autosufficienti, tossicodipendenti, sofferenze psichiatriche, e altri). Non merita chiedersi SE e COME contattarli di iniziativa dei servizi? E il PUA può avere un ruolo?

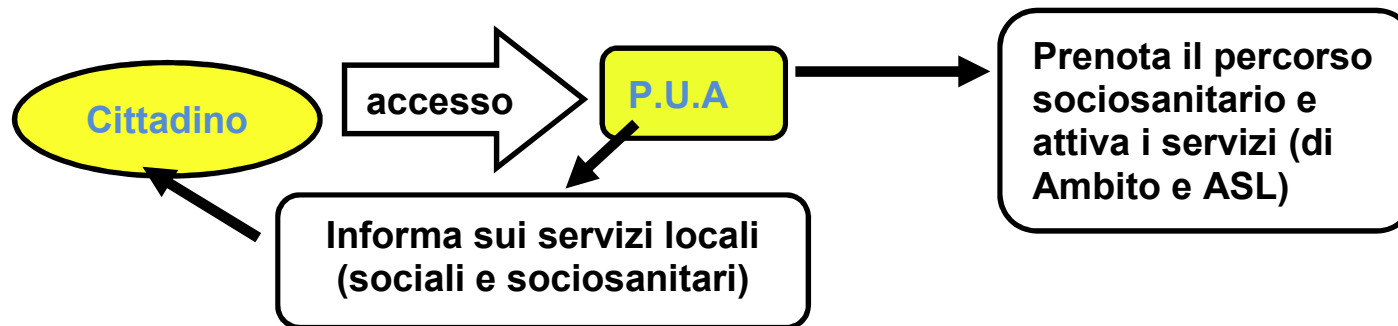
E) Il Piano prevede per i PUA anche una **équipe multiprofessionale** (integrata tra Ambiti ed ASL) per valutare/ gestire i casi complessi

**QUESTIONE:** una presa in carico per più problemi compresenti richiede il lavoro integrato di diversi servizi esistenti, come i SERD, la NPI, il MMG, i servizi di salute mentale, o quelli per l'abitazione (se esistono nei Comuni). Dunque **più che prevedere una “équipe multiprofessionale ad hoc per i PUA”, ciò che occorre è attivare robusti meccanismi di integrazione**

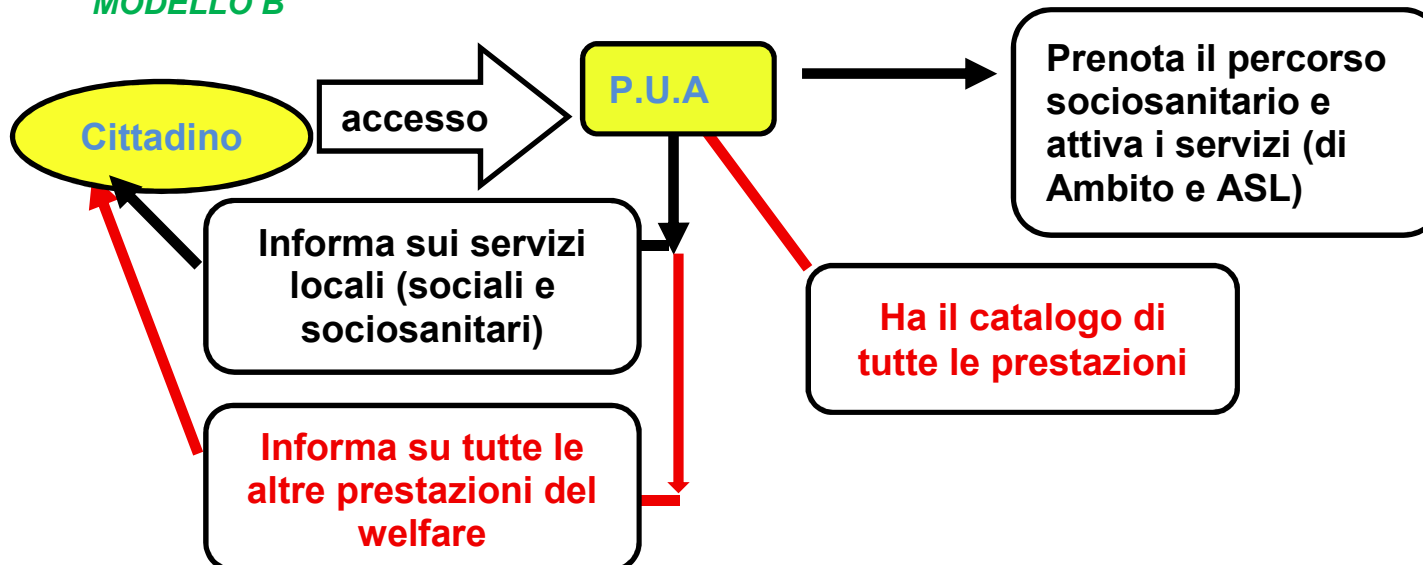
tra diversi servizi esistenti, pena il rischio di costruire una équipe “ a parte”, che poi però a sua volta deve coinvolgere altri servizi.

F) Non è ben chiaro “**su che cosa il PUA deve informare i cittadini**” . Diversi modelli sono possibili, con importati ricadute:

#### MODELLO A



#### MODELLO B



### QUESTIONI:

- a) Nel loro primo accesso a servizi di welfare ai cittadini interessa non solo conoscere la rete dei servizi locali, ma anche tutto ciò che potrebbero chiedere anche ad altri enti/servizi pubblici. **Ossia poter ricevere in un solo luogo tutte le informazioni sulle opportunità esistenti, su “che cosa, come, dove e quando” potrebbero richiedere. Altrimenti c'è il rischio che i cittadini perdano diritti, o non chiedano al welfare ciò che potrebbero, solo perché non sanno di poterlo fare e come.**

E' dunque opportuno che famiglie in povertà possano essere informate anche sui sostegni al reddito nazionali (molti e caotici), o sugli interventi regionali per l'abitazione, o l'esenzione dal canone RAI, o i sostegni per i servizi scolastici. E si pensi al caos dei molti “bonus” esistenti. Analogamente è utile che famiglie con non autosufficienti sappiano anche il prima possibile che possono richiedere indennità di accompagnamento e prestazione universale, amministratori di sostegno, sgravi fiscali, eliminazione delle barriere architettoniche in case private, e altro.

- b) Se si innesta nei PUA questa ampia funzione informativa (com'è nel modello B), **occorre però fornire ai PUA uno strumento, ossia un “catalogo di tutte le prestazioni esistenti e dei modi per richiederle”.** Le prestazioni nazionali e regionali sono molte, diverse per natura ed Ente erogatore. E cambiano nel tempo. **Dunque il catalogo va costantemente aggiornato; ma non è economico né possibile che ogni PUA si costruisca da sé un suo catalogo.** Una soluzione è la creazione (e gestione costante) di un catalogo informatizzato sempre aggiornato a cura di una redazione dedicata, e lo strumento potrebbe essere nazionale (ad esempio a cura dell'INPS), e fornito gratuitamente ai gestori locali, con la possibilità per regioni ed enti locali di arricchirlo con i loro interventi. Uno strumento come questo creato localmente è in uso da oltre un anno in 14 Enti Gestori dei servizi sociali piemontesi, e se volete ricevere info (e credenziali per provarlo) andate su **“Welfare Informa”**.

