



Sommario

1.	SCOPO	2
2.	AMBITO DI APPLICAZIONE.....	2
3.	FIGURE PROFESSIONALI	3
4.	ACRONIMI.....	3
5.	DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	4
6.	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E DELLE RESPONSABILITÀ.....	5
6.1	Accesso.....	5
6.2	Accoglienza	5
6.3	Orientamento e gestione della domanda	5
6.3.1	Attivazione VMD e programmazione degli interventi.....	6
6.3.2	Erogazione servizi	6
6.3.3	Monitoraggio	7
7.	ARCHIVIAZIONE DOCUMENTI.....	7
8.	RIFERIMENTI.....	7

Stato delle revisioni					
Rev	Data	Modifica	Preparato	Verificato	Approvato
0	22/12/2023	Prima emissione	Direttore Distretto Mantovano Dr.ssa Angela Bellani Direttore Distretto Alto Mantovano Dr.ssa Maria Gloria Gandellini Direttore Distretto Basso Mantovano Dr.ssa Anna Maria Nigrelli Direttore Distretto Oglio Po – Casalasco Viadanese Dr.ssa Elena Mariani	RQA Dr. Enrico Burato	DSS Dr. Renzo Boscaini
1	23/12/2025	Revisione documento: allineamento a modifiche organizzative	Direttore Distretto Mantovano Dr.ssa Alessia Sempreboni Direttore Distretto Alto Mantovano Dr.ssa Maria Gloria Gandellini Direttore Distretto Basso Mantovano Dr.ssa Anna Maria Nigrelli Direttore Distretto Oglio Po – Casalasco Viadanese Dr.ssa Elena Mariani Responsabile SS Coordinamento Disabilità e Fragilità Dr.ssa Emanuela Galante	RQA Dr.ssa Simonetta Bettelini	DSS Dr.ssa Angela Bellani
2	27/02/2026	Inserimento figura dell'OSS nelle COT (v. cap. 3)	Responsabile SS Coordinamento Disabilità e Fragilità Dr.ssa Emanuela Galante	RQA Dr.ssa Simonetta Bettelini	DSS Dr.ssa Angela Bellani

/Documento firmato elettronicamente. La copia originale del documento in stato di validità è pubblicata sul sistema informatico Taleteweb /e consultabile elettronicamente da tutto il personale autorizzato.

Rev.0 GdL: Alessandro Amadini, Monica Carnevali, Sara Faroni, Stefania Bavera, Marilena Ferraresi, Barbara Gerola
Rev.1 GdL: Alessandro Amadini, Monica Carnevali, Sara Faroni, Stefania Bavera, Marilena Ferraresi, Barbara Gerola, Donatella Terzi, Barbara Pastorio
Rev. 2: Emanuela Galante

 Carlo Poma  Regione Lombardia ASST Mantova	PROCEDURA GENERALE Punto Unico di Accesso (PUA)	PGPUA Rev. 2 Data 27/02/2026 Pagina 2 di 8
--	--	---

1. SCOPO

Con il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” è stata prevista, all’interno di ogni Casa della Comunità (CdC) presente nei Distretti, l’istituzione del Punto Unico di Accesso (di seguito PUA).

Nella DGR n° XI/6760 del 25/07/2022 “Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l’applicazione del Decreto 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” è prevista l’integrazione fra i servizi sociosanitari e i servizi di ambito sociale, attraverso un approccio su tre livelli:

- I livello: i professionisti della Casa della Comunità (CdC), in particolare quelli presenti presso il Punto Unico di Accesso (PUA), identificano i servizi sanitari e sociali necessari a rispondere allo specifico bisogno.
- II livello: Prevede la creazione di “partnership” interprofessionali strutturate tra gli operatori appartenenti al mondo sanitario e a quello sociale.
- III Livello: richiede un’integrazione organizzativa tra le istituzioni coinvolte (ASST e Ambiti sociali), finalizzata ad assicurare una risposta strutturata e completa al bisogno, anche mediante una integrazione informativa digitalizzata.

L’ASST promuove la costituzione di Punti unici di accesso (PUA) al fine di:

1. Semplificare l’informazione e l’accesso ai servizi;
2. Promuovere l’integrazione tra attività sanitaria e attività socioassistenziale;
3. Realizzare la presa in carico del paziente attraverso le equipe valutative multidimensionali e multiprofessionali integrate, da cui dipende la definizione e l’attuazione del percorso assistenziale individuale.

Il Punto unico di accesso ai servizi sociosanitari e sociali è quindi inteso come modalità di integrazione attraverso strumenti organizzativi e telematici.


Il PUA, come prima funzione, rappresenta quindi il luogo di accoglienza fisica dei cittadini nella CdC. Il PUA si pone come obiettivo la promozione dell’integrazione sociosanitaria dei servizi finalizzata a soddisfare i bisogni di salute della persona intesa nella sua globalità, adottando modelli organizzativi integrati con i servizi sociali diretti all’orientamento e alla presa in carico dei bisogni del cittadino.

È una modalità organizzativa prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare l’accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, non comprese nell’emergenza.

Il PUA vuole essere una soluzione concreta e operativa alla frammentazione e dispersione delle risposte a bisogni assistenziali complessi, attualmente esistenti, intercettando il bisogno e consentendo alle persone l’accesso più facile alla rete. La sua funzione peculiare è quindi quella di avvicinare e accompagnare i cittadini verso la Rete dei Servizi favorendo, al bisogno, una presa in carico precoce e proattiva della persona, nonché la possibilità di raccordo operativo immediato con i Medici di Famiglia e i Pediatri di Libera Scelta.

Gli operatori del Punto Unico di Accesso si occupano di orientare i cittadini e svolgere funzione di raccordo per:

- scelta/revoca del Medico di Famiglia e le esenzioni ticket sanitari;

 <p>Sistema Socio Sanitario Carlo Poma Regione Lombardia ASST Mantova</p>	<p>PROCEDURA GENERALE Punto Unico di Accesso (PUA)</p>	<p>PGPUA Rev. 2 Data 27/02/2026 Pagina 3 di 8</p>
--	---	---

- assistenza domiciliare (minori, adulti, disabili e anziani);
- forniture protesiche;
- valutazioni di primo livello dei bisogni socio-sanitari;
- attivazione misure a sostegno della famiglia (es. misura B1);
- servizi di medicina legale (Commissione invalidità civile, Commissione Patenti a valenza provinciale, etc.);
- attivazione percorso di cura del paziente cronico (Legge 23/2015);
- COT

Inoltre, il Punto Unico di Accesso:

- fornisce informazioni aggiornate relative alle diverse opportunità, risorse, prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema, esistenti e accessibili per gli utenti del territorio;
- raccoglie le domande di accesso a prestazioni e servizi e le inoltra, se occorre, agli uffici competenti;
- effettua una prima lettura dei bisogni, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno;
- si occupa delle dimissioni protette dall'ospedale qualora segnalate dalla COT;
- fornisce le risposte dirette a bisogni semplici
- attiva l'UVM quando necessario, per i bisogni complessi

2. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il PUA è ubicato in ambito distrettuale all'interno di ogni Casa della Comunità.

È garantita un'adeguata e diffusa informazione ai cittadini comprensiva dell'ubicazione, delle funzioni, degli orari e delle modalità di accesso. Il PUA si colloca a servizio delle persone, adulti e minori di età, con bisogni sociosanitari complessi, in situazioni di fragilità, tali da richiedere l'intervento strutturato, coordinato e sinergico di più servizi, professionalità, interventi.

Si rivolge a:

- tutta la popolazione prioritariamente afferente all'ambito di riferimento territoriale, in particolare:
 - tutti i cittadini in situazione di fragilità che richiedono una presa in carico integrata sociale e sanitaria, anche a causa di condizioni di marginalità ed esclusione sociale;
 - anziani non autosufficienti, persone affette da disabilità o con gravi patologie croniche e invalidanti;
 - operatori (sociali, educativi, etc.) che concorrono alla presa in carico del paziente sotto il profilo socio-sanitario.

3. FIGURE PROFESSIONALI

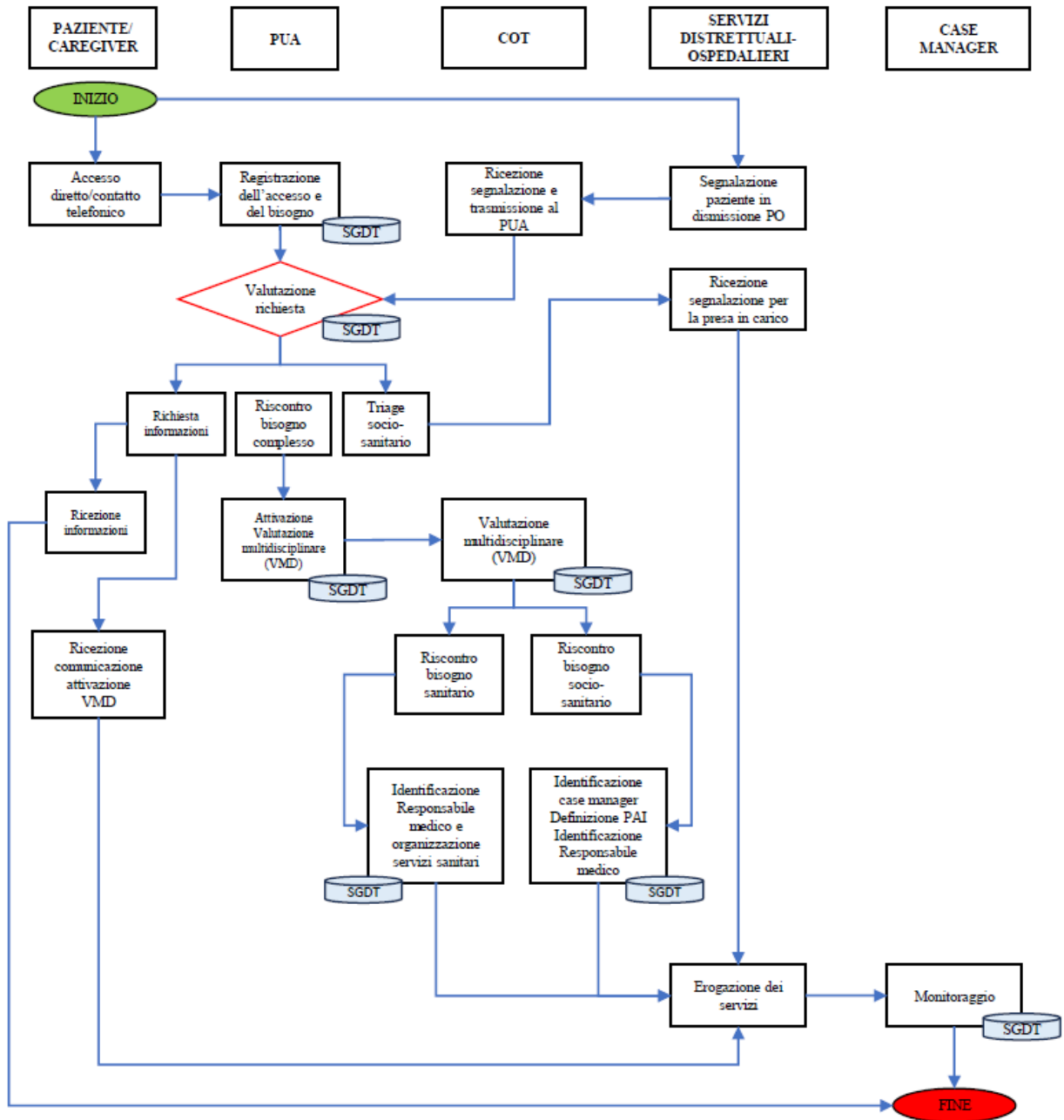
Le figure professionali che possono operare all'interno del PUA sono:



- assistente sociale di ASST e di Ambito territoriale, in qualità di referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua vita relazionale;
- personale sanitario (infermieristico, OSS o fisioterapico): referente della risposta ai bisogni sanitari e assistenziali, in particolare:
 - prevenzione e promozione della salute
 - presa in carico del paziente cronico e fragile
 - orientamento ai servizi domiciliari
- personale amministrativo.

4. ACRONIMI

MMG	Medico Medicina Generale
PLS	Pediatra Libera Scelta
PUA	Punto Unico di Accesso
PAI	Piano di Assistenza Individuale
CdC	Casa di Comunità
IFeC	Infermiere di Famiglia e Comunità
OSS	Operatore Socio-Sanitario
COT	Centrale Operativa Territoriale
VMD	Valutazione Multidimensionale
RQA	Responsabile Qualità Aziendale
DSS	Direzione Socio Sanitaria

5. DIAGRAMMA DI FLUSSO



 Carlo Poma  Regione Lombardia ASST Mantova	PROCEDURA GENERALE Punto Unico di Accesso (PUA)	PGPUA Rev. 2 Data 27/02/2026 Pagina 6 di 8
--	--	---

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E DELLE RESPONSABILITÀ

Gli indirizzi di programmazione nazionale, regionale e locale indicano che nel PUA siano attive prioritariamente le seguenti funzioni:

- accesso;
- accoglienza;
- raccolta di segnalazioni;
- informazioni, orientamento e gestione della domanda;
- attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici;
- avvio della presa in carico e integrazione con i servizi della rete territoriale, ospedaliera e COT.

Gli orari di apertura del PUA sono indicati nella Carta dei Servizi delle rispettive sedi delle Case di Comunità.

6.1 Accesso

Il paziente/caregiver/operatore ha la possibilità di accedere al PUA secondo le seguenti modalità:

- Contatto telefonico al numero dedicato negli orari di apertura o invio mail ai rispettivi indirizzi (presenti nella carta dei servizi di ciascuna CdC);
- Accesso diretto della persona presso la CdC;
- Ricezione richiesta attivazione valutazione multidimensionale, così come da PR01PdCOdCASST Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall'OdC al domicilio

6.2 Accoglienza

È il luogo dove paziente/caregiver/operatore può ricevere informazioni e orientamento in maniera qualificata, semplificando l'accesso alla rete integrata dei servizi sanitari e sociali.

L'operatore del PUA procede all'accoglienza e all'ascolto del bisogno ed effettua la registrazione dell'accesso sull'applicativo SGDT.


In questa fase si svolge una funzione di orientamento all'accesso (front office).

6.3 Orientamento e gestione della domanda

L'operatore del PUA garantisce una prima valutazione del caso:

- **Necessità di un'informazione:**
nell'eventualità di casi in cui sono richieste informazioni orientative e di servizi procede all'orientamento del paziente/caregiver/operatore dando informazioni sui servizi sanitari e sociali e sulle modalità di attivazione;
- **Triage socio-sanitario:**
L'operatore presente al PUA, dopo la registrazione dell'accesso in SGDT, segnala con e-mail al servizio competente, relativamente alla tipologia del bisogno;
- **Riscontro di un bisogno complesso:**
Nel caso di *bisogno complesso*, rilevato dall'operatore del PUA, che richieda pertanto un approccio integrato di presa in carico, il paziente viene rimandato ad una ulteriore fase di valutazione multidimensionale, che coinvolge, oltre agli operatori del PUA, attori diversi, da individuare in base ai bisogni manifestati al momento dell'accesso al PUA (equipe di VMD): specialisti (es. neurologo, geriatra, palliativista, etc.), psicologi, MMG, operatori sociali dei Comuni/Uffici di Piano.

A valle della definizione degli interventi necessari, può essere attivata la COT, che ha il compito di interfacciarsi con i servizi necessari sulla base della disponibilità di offerta presente sul territorio.

 <p>Sistema Socio Sanitario Carlo Poma Regione Lombardia ASST Mantova</p>	<p>PROCEDURA GENERALE Punto Unico di Accesso (PUA)</p>	<p>PGPUA Rev. 2 Data 27/02/2026 Pagina 7 di 8</p>
---	---	---

6.3.1 Attivazione VMD e programmazione degli interventi

Questa fase, identificata dall'operatore del PUA nella fase di registrazione, costituisce momento valutativo del servizio; a seconda della natura del bisogno di cui è portatore il cittadino, questo viene messo in contatto con diversi professionisti a seconda di quanto rilevato (specialisti, psicologi, MMG, operatori sociali dei Comuni/Ufficio di Piano).

La valutazione multidimensionale (VMD) si svolge al domicilio della persona e/o presso le sedi delle Case della Comunità.

La visita al domicilio/in ospedale/presso altra struttura può essere effettuata dalle seguenti figure professionali:

- Assistente Sociale CdC;
- Psicologo della CdC
- Personale sanitario (IFeC/valutatore ADI, Fisioterapista, MMG, Medico specialista, a seconda della necessità)
- AS Ambito e/o AS Comune di residenza

La valutazione multidimensionale (VMD) che segue all'identificazione di un bisogno complesso porta alla definizione di un progetto individualizzato.

In questa fase di valutazione multidisciplinare sono identificati:



- bisogno socio-sanitario:
 - identificazione del responsabile del coordinamento dell'intero percorso assistenziale punto di riferimento dell'assistito e della sua famiglia (case manager);
 - identificazione del responsabile medico della persona;
 - definizione PAI.
- bisogno sanitario:
 - identificazione del responsabile medico della persona;
 - organizzazione servizi sanitari.
- bisogno assistenziale:
 - identificazione del responsabile sociale della persona;
 - organizzazione servizi assistenziali in capo agli ambiti e /o comuni soprattutto in riferimento alle dimissioni protette.

Inoltre, l'equipe del PUA:

- informa il MMG dell'assistito relativamente all'esito dell'accesso e dell'attivazione dei percorsi;
- attiva un IFeC di riferimento, se necessario, in condivisione con MMG;
- laddove necessario attiva un Operatore di Famiglia e Comunità (OSS/ASA) di riferimento afferente ai Piani di Zona;
- Informa e attiva la COT per tutte le funzioni di sua competenza.

Il percorso di integrazione sociosanitaria, per la presa in carico dei casi complessi che richiedono una valutazione multiprofessionale, avviene alla presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

- 1 con punteggio TRIAGE pari o superiore a 9
- 2 in presenza di almeno 3 delle situazioni previste nella seguente check list *
 - 2.a Vive solo
 - 2.b Caregiver non adeguato
 - 2.c Situazione igienico sanitaria dell'utente non adeguata

 Carlo Poma  Regione Lombardia ASST Mantova	PROCEDURA GENERALE Punto Unico di Accesso (PUA)	PGPUA Rev. 2 Data 27/02/2026 Pagina 8 di 8
--	--	---

2.d Situazione abitativa non idonea

2.e Isolamento sociale

6.3.2 Erogazione servizi

Il paziente, definita la presa in carico, riceve le prestazioni organizzate a seguito dell'analisi effettuata rispetto ai bisogni rilevati.

6.3.3 Monitoraggio

Il monitoraggio è in capo al case manager che, a fronte di una variazione dei bisogni, attraverso il PUA richiede una rivalutazione da parte dell'equipe multidimensionale per le modifiche al percorso assistenziale e ai servizi sanitari in precedenza previsti.

Il monitoraggio e l'eventuale revisione del PAI possono avvenire:

- in momenti prestabiliti con una scadenza temporale definita già in fase di stesura del progetto;
- in momenti significativi per i quali si ritiene utile incontrarsi e rivedere ciò che si era definito;
- conseguentemente ad una richiesta ufficiale da parte di un soggetto con mandato istituzionale che necessita di rimandi;
- quando la rete si trova in un momento di stallo rispetto al percorso in essere;
- quando si prospetta un cambio operatore o un'assenza prolungata da parte di un soggetto rilevante nella rete di assistenza.

7. ARCHIVIAZIONE DOCUMENTI

La documentazione prodotta nello svolgimento della propria attività viene conservata presso l'archivio PUA presente presso ogni CdC secondo quanto indicato nel Titolario e Massimario del Sistema Sociosanitario Lombardo.

8. RIFERIMENTI

- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”;
- AGENAS, I Quaderni di Monitor, secondo supplemento al n.21, 2008
- Manuale SGDT Sistema per la Gestione Digitale del Territorio
- DGR n° XI/6760 del 25/07/2022 DM 77 Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del Decreto 23 Maggio 2022, N. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”
- DGR n° XI/7592 Seduta del 15/12/2022 attuazione del DM 23 MAGGIO 2022, N. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale” - documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale (primo provvedimento)
- PR01PdCOdCASST Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall’OdC al domicilio
- PdCOdCASST Ospedale di Comunità ASST di Mantova
- PGCOT Centrale Operativa Territoriale