



COMUNE DI PRIVERNO

Provincia di Latina

DELIBERAZIONE COPIA DELLA GIUNTA COMUNALE

N. 014 del 24 gennaio 2012

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL DISCIPLINARE ATTUATIVO DEL P.U.A. – PUNTO UNICO/UNITARIO DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI INTEGRATI DEL DISTRETTO 3 DELLA ASL LATINA E DELL'AMBITO DI ZONA "MONTI LEPINI".

L'anno **DUEMILADODICI**, il giorno **VENTIQUATTRO** del mese di **GENNAIO**, alle ore **16,45**, presso la sede comunale si è riunita, regolarmente convocata, la Giunta comunale con la presenza dei signori:

Nome		presente	assente
Macci Umberto	Sindaco	X	
Giordani Rinaldo	Vicesindaco	X	
Graziani Domenico	Assessore	X	
Federico Roberto	Assessore	X	
Silvagni Bruno	Assessore		X
Giorgi Claudio	Assessore	X	
Libertini Camillo	Assessore		X
Miccinilli Angelo	Assessore	X	

Partecipa con le funzioni consultive, referenti, di assistenza e verbalizzazione (art. 97, comma 4, lett. a), del D.Lgs. 18/8/2000, n.267) il Segretario comunale **dott. Luigi Pilone**.

Il **Sindaco**, constatato che gli intervenuti sono in numero legale, dichiara aperta la riunione ed invita i convocati a deliberare sull'oggetto sopra indicato.

LA GIUNTA COMUNALE

Premesso:

che con la D.G.R. Lazio n. 202/2011 ("Piano di utilizzazione annuale 2011 degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi socio-assistenziali. Linee guida ai Comuni per l'utilizzazione delle risorse per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali – Anno 2011" che prevedono di adottare per l'integrazione dei servizi sociali e sanitari, di concerto con le asl, un modello a rete dei servizi)

Che con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL Latina n. 557 dell'11/10/2011 è stato approvato lo "Schema di protocollo d'intesa tra ASL Latina, Provincia Latina e Comuni nei relativi Ambiti di Zona per la attivazione e la gestione del P.U.A. – Punto Unico/Unitario di Accesso", secondo le indicazioni date dalla Regione Lazio con DGR n. 315 dell' 8 luglio 2011, recante "*Il Punto Unico di Accesso socio-sanitario integrato nella Regione Lazio – Linee di indirizzo*";

Che con la Conferenza dei Sindaci dell'Ambito di Zona Monti Lepini ha approvato il predetto "Schema di protocollo d'Intesa" nella riunione, in data 13/10/2011, presso la sede del Comune di Priverno – Capofila, nella quale lo stesso è stato allegato al documento di Piano di Zona 2011, contestualmente approvato e trasmesso ritualmente alla Regione Lazio entro il termine previsto del 15/10/2011;

DATO ATTO che: è stata predisposta dalla ASL Distretto 3 unitamente all'ufficio di piano distretto monti Lepini la bozza di Disciplinare attuativo dello Schema di Protocollo d'Intesa sin qui menzionato che è in data 25/10/2011 è stata discussa in sede tecnica dai rappresentanti dei Comuni nell'Ufficio di Piano e dai rappresentanti del Distretto 3;

Che detto documento, con le osservazioni intervenute, è stato trasmesso in due edizioni a tutte le sedi comunali e sanitarie interessate, fissando al 25/11/2011 il termine per la presentazione di conclusive note di correzione e/o integrazione;

Che si è proceduto a redigere il documento attuativo in veste condivisa e definitiva;

Ritenuto pertanto doveroso ed opportuno approvare il "Disciplinare attuativo del P.U.A. – Punto Unico/Unitario di Accesso ai servizi socio-sanitari integrati del Distretto 3 e dell'Ambito di Zona "Monti Lepini" allegato alla presente, come parte integrante e sostanziale;

Vista la legge 28/11/2000, n. 328, recante " Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali ;

Ad unanimità di voti legalmente espressi;

DELIBERA

- 1) di approvare il "Disciplinare attuativo del P.U.A. – Punto Unico/Unitario di Accesso ai servizi socio-sanitari integrati del Distretto 3 e dell'Ambito di Zona "Monti Lepini" allegato alla presente, come parte integrante e sostanziale;
- 2) di trasmettere copia del presente atto all'Ufficio di Piano distrettuale" che provvederà ad inoltrarla unitamente alle deliberazioni degli altri comuni del distretto "Monti Lepini e della ASL Latina presso il competente Assessorato regionale quale formale adempimento degli impegni assunti in sede di approvazione del Piano di Zona distrettuale anno 2011;
- 3) di dichiarare, con votazione separata e con il voto unanime degli intervenuti, il presente atto immediatamente eseguibile ai sensi e per gli effetti dell'art.134, 4 comma, del D.Lgs 267/2000, stante l'urgenza di deliberare in merito.

Distretto 3 e Ambito Territoriale di Zona "Monti Lepini"

P. U. A.

PUNTO UNICO DI ACCESSO

2011



Comune di PRIVERNO Capofila



Comune di BASSIANO



Comune di MAENZA



Comune di PROSEDI



Comune di ROCCAGORGA



Comune di ROCCASECCA DEI VOLSCI



Comune di SEZZE



Comune di SONNINO



Distretto MONTI LEPINI

DISCIPLINARE ATTUATIVO DEL

P.U.A. – PUNTO UNICO/UNITARIO DI ACCESSO
AI SERVIZI SOCIO-SANITARI INTEGRATI
DEL DISTRETTO 3 E DELL'AMBITO DI ZONA "MONTI LEPINI"

Art. 1 – Fonte del disciplinare

Il presente disciplinare è composto alla luce e allo scopo di dare attuazione della Deliberazione del Direttore Generale dell'ASL Latina n. 557 dell'11/10/2011 *"Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra ASL Latina, Provincia Latina e Comuni nei relativi Ambiti di zona per la attivazione e la gestione del P.U.A. – Punto Unico/Unitario di Accesso (DGR Lazio n. 315 dell'8/7/2011)"* e della determinazione del Comitato dei Sindaci dell'Ambito "Monti Lepini", con la quale, in data 13/10/2011, è stato approvato il documento di Piano di Zona 2011, contenente lo stesso Schema di Protocollo d'Intesa, in conformità alle linee guida dettate dalla D.G.R. Lazio n. 202/2011 *("Piano di utilizzazione annuale 2011 degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi socio-assistenziali. Linee guida ai Comuni per l'utilizzazione delle risorse per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali – Anno 2011")* e della successiva D.G.R. n. 307/2011 esecutiva.

Art. 2 – Definizione, finalità e destinatari del servizio

Per la definizione, le finalità e i destinatari del P.U.A., si richiamano integralmente le formulazioni espresse nel menzionato "Schema di Protocollo d'Intesa", se ne integrano ed esplicitano i contenuti, al fine di conformarli alla specificità del Distretto 3 e Ambito di Zona "Monti Lepini".

Il P.U.A. – Punto Unico/Unitario di Accesso, quale luogo, fisico e virtuale, di accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari, rappresenta una innovativa forma di "presa in carico", che si esprime quale "prendersi cura" della persona, nella complessità e globalità dei suoi bisogni, avendo riguardo alla sua famiglia e al contesto di riferimento.

Con la presa in carico, la persona, titolare dei diritti di cittadino, è accompagnata dalla prima accoglienza all'adozione e attuazione del piano di risposte appropriate.

I soggetti promotori, pertanto, ciascuno nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, cooperano, impegnandosi a:

- condividere un modello di presa in carico unitaria, da parte di tutti i soggetti aderenti al sistema PUA, a partire dagli operatori in esso impegnati;
- garantire una razionale e comune metodologia di lavoro, attraverso l'impiego di procedure uniformi, nei servizi per la presa in carico della persona;
- utilizzare strumenti di raccolta e condivisione delle informazioni, perché siano scambiabili e confrontabili;
- adottare strumenti che consentano la valutazione multidimensionale omogenea dei bisogni delle persone;
- favorire lo scambio di informazioni utili alla crescita dei servizi ed al miglioramento della qualità degli interventi sul territorio;
- omogeneizzare la formulazione dei piani di intervento e del sistema di valutazione dei risultati da parte di tutti i soggetti coinvolti nella rete;
- accompagnare la persona nel percorso all'interno dei servizi della rete;
- costruire la storia della persona nei suoi cambiamenti di condizioni e di salute.

I soggetti promotori, con l'istituzione del P.U.A., intendono garantire alla popolazione del territorio di pertinenza un servizio migliore e più rapido, attraverso un percorso di assistenza che accompagna la persona e la facilita nell'accesso ai servizi sociali e sanitari del territorio, semplificando le procedure necessarie all'attivazione degli interventi e delle prestazioni, accogliendo, ascoltando, informando, orientando il cittadino, supportandolo nell'utilizzo appropriato dei servizi esistenti.

Art. 3 – Organizzazione del P.U.A. nel Distretto 3

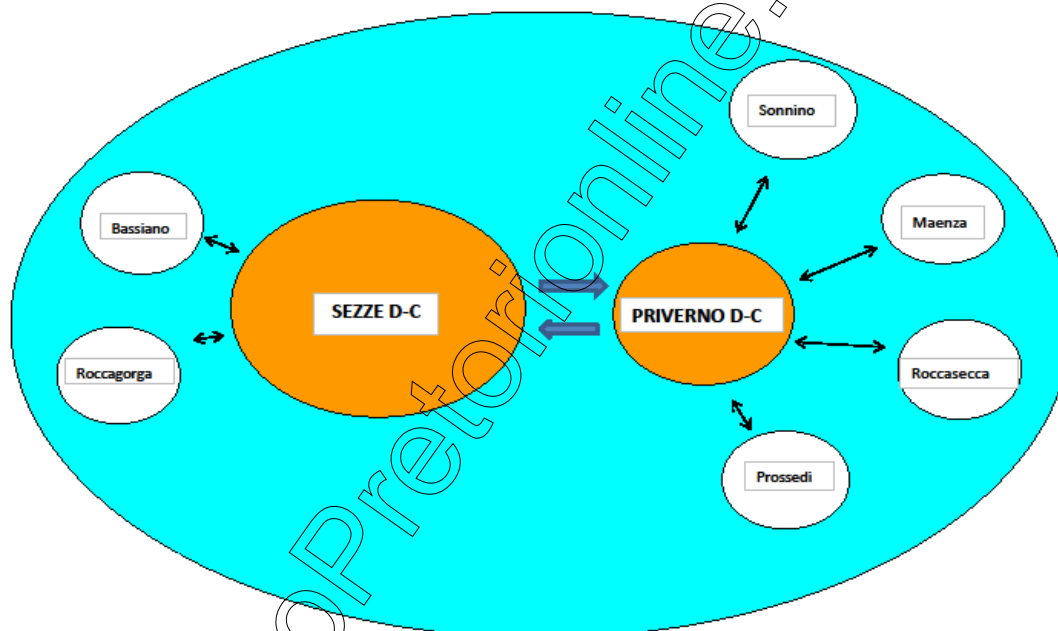
Il PUA è costituito dai nodi della rete dei servizi sanitari e sociali presenti sul territorio, collegati tra di loro e con i PUA medesimi (PUA-D distrettuali e PUA-C comunali, come di seguito indicati e caratterizzati).

Sono individuati, nel Distretto 3, due PUA-D, nelle sedi di Sezze e di Priverno, che ospitano un numero apprezzabile di servizi sanitari e sociali.

La sede di Sezze è allocata, in contiguità con il CAD, presso l'Ospedale Distrettuale in Via San Bartolomeo. La sede di Priverno è allocata presso il denominato "Ospedaletto di Borgo S. Antonio" in Via Torretta Rocchigiana snc.

Il PUA-D di Sezze ha come bacino di riferimento preminente la popolazione dei Comuni di Sezze, Bassiano e Roccamare; il PUA-D di Priverno ha come bacino di riferimento preminente la popolazione dei Comuni di Priverno, Sonnino, Maenza, Roccasecca dei Volsci e Prossedi.

Ogni Comune istituisce e organizza, nel proprio territorio, almeno un PUA-C, con personale in grado di assistere l'utente nel percorso socio-assistenziale, individuando anche il referente del proprio PUA-C.



I PUA-D e PUA-C costituiscono una rete di accoglienza dei residenti definiti all'art. 1 dello "Schema di protocollo d'intesa PUA"; i nodi della rete sono tra loro interconnessi, mediante il lavoro coordinato e integrato delle *équipes* sanitarie e sociali e con lo scambio di informazioni ovunque raccolte; la finalità è quella di periferizzare il più possibile i punti di accesso, per essere disponibili "in prossimità" dei cittadini interessati, e quella di muovere il più possibile le informazioni anziché far muovere i cittadini.

A tale scopo i PUA-D e C adottano un *software* unico, capace di gestire sia il percorso di assistenza nelle Strutture e nei Servizi Sociosanitari e Distrettuali sia le relazioni di *front office* e *back office*, sì che gli operatori, che contattino l'utente nel suo percorso di rete, possano stratificarne le informazioni di volta in volta acquisite.

Art. 4 – Risorse impiegate nei PUA-D e nei PUA-C

Il PUA-D di Sezze si avvale delle seguenti figure professionali sanitarie:

Assistente Sociale: d.ssa Roberta Centra (2v/sett)

Amministrativo: sig. Marcello Fioretti

Infermiere: Berti Giancarlo Paolo

Medico CAD: d.ssa Pina Ricci.

Il PUA-D di Priverno si avvale delle seguenti figure professionali sanitarie:

Assistente Sociale: d.ssa Roberta Centra e d.ssa Olga Quagliatti

Ausiliaria Socio-sanitaria: sig.ra Anna Maria Brusca

Sociologo: dr. Giovanni Barbanti

Puericultrice: sig.ra Caterina Picone.

Entrambi i PUA-D si avvalgono di altre eventuali figure, anche per periodi o funzioni e attività contingenti, individuate dal Direttore del Distretto 3 e dalla UOC di afferenza del CAD.

Le sedi dei PUA-D sono collocate in uno spazio individuato e definito, tale da garantire l'incontro riservato con l'utente, e sono indicate mediante una targa affissa all'ingresso recante la dizione "PUA - Punto Unico/Unitario di Accesso - Distretto 3, Sede di Sezze/Priverno".

L'*équipe* complessiva, non per singolo operatore impegnato anche in altre attività istituzionali, assicura la presenza al PUA, nell'intero arco di apertura dei servizi al pubblico, con orario articolato su cinque giorni a settimana.

I PUA-C dei Comuni si avvalgono delle risorse professionali rese disponibili dagli Uffici di Piano e impiegate nel Servizio Sociale Professionale; le relative sedi, gli orari di disponibilità e i recapiti telefonici sono indicati nell'allegato 1 al presente disciplinare.

Ogni PUA ha in uso un PC, collegato in rete, mediante il quale ha accesso, via internet, allo specifico pacchetto applicativo, sviluppato dalla UOC Sistemi Informativi dell'Azienda USL Latina; si avvale, altresì, delle linee telefoniche di riferimento, presso ciascuna sede.

Le comunicazioni avvengono, oltre che via telefono, specialmente via *mail*, anche per ridurre la produzione di carta, adottando il *format* omogeneo di indirizzo così formulato:

puadsezze@ausl.latina.it

puadpriverno@ausl.latina.it

puac@comune.....it

Art. 5 - Funzionamento e processi operativi

I PUA dispongono della Scheda allegata al Protocollo d'intesa, composta da:

- Parte I quale Apertura del Fascicolo, nella quale sono raccolti i dati identificativi dell'utente, le relative caratteristiche socio-demografiche, alcune informazioni circa le sue condizioni di autosufficienza e la presunzione di rischio di non autosufficienza valutata con il questionario Prisma 7, di validità internazionale, nonché la domanda presentata o il bisogno espresso;
- Parte II quale Valutazione di approfondimento, nella quale sono rilevate notizie ulteriori in merito alla condizione economica, abitativa, relazione, con l'aggiunta un *core set* di *items* della scheda multidimensionale ValGraf teso a indiziare problematiche nei bisogni sanitari di base.

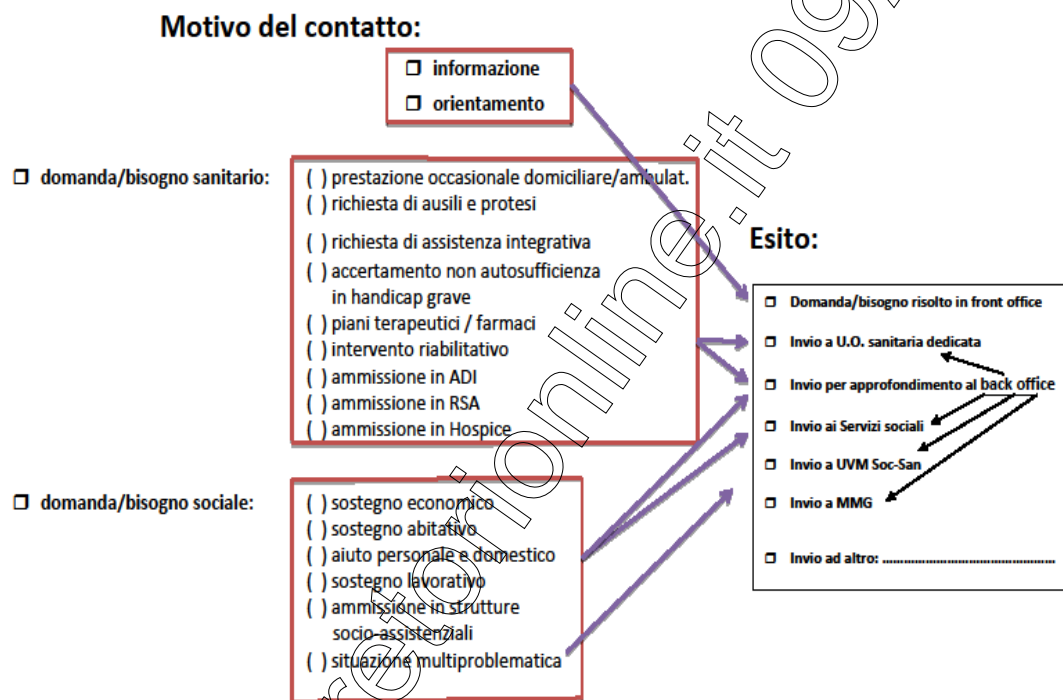
La persona richiedente accede una sola volta, in uno dei PUA della rete, per la presentazione del bisogno; un secondo incontro può rendersi opportuno o necessario per l'approfondimento della situazione e per la presentazione e/o integrazione della documentazione.

Nell'accogliere l'utente e le sue istanze, tutti i PUA, D e C, compilano la Parte I della Scheda (momento di *front office*).

L'operatore che accoglie l'utente è individuato quale *Tutor* di percorso e accompagna l'utente stesso nella rete dei servizi territoriali e durante l'attuazione del piano di intervento ritenuto appropriato; ogni utente farà riferimento preferenzialmente al *Tutor* di percorso e questi farà riferimento all'utente o, se impossibilitato, al delegato indicato.

Ove l'utente abbia bisogno di informazioni e/o di orientamento circa un bisogno da soddisfare, una domanda da porre o un'istanza da presentare, i PUA, anche con interazioni reciproche, provvedono alla risoluzione del quesito ricevuto, dimostrando atteggiamento di accompagnamento del cittadino nella tutela dei diritti.

Nel corso del mese di dicembre 2011, gli operatori dei PUA si incontrano per un *workshop* formativo e di confronto, dedicato ad accrescere in ognuno la conoscenza dei servizi e delle attività sanitarie e sociali. Successivi momenti di incontro saranno volti ad aggiornare la mappa e la rete dei servizi. Effettuata l'accoglienza e compilata la Parte I - Apertura del Fascicolo, dall'analisi delle informazioni socio-demografiche e sullo stato di autosufficienza, possono prospettarsi situazioni differenziate, per le quali si definiscono i processi operativi, sintetizzati nel seguente schema:



- a) Rilevazione di un bisogno o ricevimento di una domanda di natura univocamente sociale: i PUA-C procedono ad aprire la Cartella sociale, resa disponibile dalla Provincia di Latina e allineata alla Scheda PUA, per completare il quadro informativo e predisporre la specifica risposta, articolata nel PPA – Piano Personalizzato di Assistenza; i PUA-D segnalano ai PUA-C la domanda ricevuta.
- b) Rilevazione di un bisogno o ricevimento di una domanda di natura univocamente sanitaria: i PUA-D invitano l'utente a recarsi presso le U.O. sanitarie dedicate alla risoluzione del quesito e/o presso il MMG per le prescrizioni del caso e l'eventuale seguito della risposta sanitaria; i PUA-C segnalano ai PUA-D la domanda ricevuta.
- c) Rilevazione di un bisogno o ricevimento di una domanda di natura sia sanitaria che sociale: i PUA-D e C propongono all'utente un secondo incontro di approfondimento (momento di *back office*), nel quale, dopo aver richiesto di esibire la documentazione opportuna (indicatori I.S.E.E, attestazioni mediche ecc.) e somministrato la Parte II della Scheda PUA, completa degli *items* ValGraf, viene pre-valutato il bisogno composito e la relativa "gravità" ed è articolato un intervento integrato nel PAI – Piano Assistenziale Individualizzato. L'applicativo informatico contiene un algoritmo, che restituisce una scala di valutazione

funzionale globale (Allegato 2) – su modello della Scala GEFI, da validare sul campo, indicando, sul versante sanitario e sociale, un gradiente di non autosufficienza basso-medio-alto, attraverso il quale è possibile discriminare l'eventuale priorità delle scelte e degli interventi (sorta di codice bianco, verde, giallo, rosso);

		BISOGNO SOCIALE		
BISOGNO	SANITARIO	Basso	Medio	Alto
	Basso			
	Medio			
	Alto			

- d) Rilevazione di una situazione grave multiproblematica, per conoscenza diretta o dietro segnalazione, anche al di fuori dell'accesso dell'utente al PUA.

Nelle situazioni c) e d) i PUA-D e C si incontrano telematicamente o, al bisogno, anche in riunione formale quale UVT – Unità di Valutazione Territoriale, convocata dal Responsabile del PUA-D, per discutere la situazione e definire il Piano Individualizzato di Interventi Socio-Sanitari integrati, da proporre e realizzare per, e se possibile con l'utente, sottoscrivendo gli impegni, distinti e coordinati, dei soggetti istituzionali interessati e registrando il progetto assistenziale condiviso.

La tempistica di attivazione della risposta è immediata nel caso a); regolata dalle disposizioni in materia, per quanto riguarda le prestazioni fornite dalle Unità operative sanitarie dedicate nel caso b); presumibilmente con la produzione del PAI o del Piano Individualizzato di Interventi Socio-Sanitari entro 30 giorni, dalla data di presentazione dell'istanza, nei casi c) e d), comunque da monitorare in corso d'opera, per ottenere indicazioni di durata omogenea.

Art. 6 - Responsabile del PUA-D

In ragione della funzione di cabina di regia dei PUA-D, il responsabile del PUA coincide con il medico designato quale responsabile del CAD.

Il responsabile PUA assolve alle funzioni e compiti specificati all'art. 6 del Protocollo di Intesa, concordando e riferendosi, nello specifico delle funzioni e dei compiti, alla UOC di afferenza del CAD-PUA e/o al Direttore del Distretto.

Art. 7 - La rete dei servizi territoriali

La rete dei servizi sociosanitari integrati è costituita:

- dai PUAD e PUAC;
- dalle strutture e servizi sanitari pubblici e privati esistenti nel territorio;
- dai servizi sociali comunali;
- dalle strutture socio assistenziali pubbliche e private del territorio;
- dalle associazioni di volontariato;
- dai medici di medicina generale e specialistici del territorio.

I privati possono aderire alla rete dei servizi sociosanitari sottoscrivendo apposita convenzione, con la quale si impegnano condividere le linee del presente disciplinare, fornendo tutte le informazioni utili alla gestione della banca dati dei servizi offerti dalle strutture del territorio e dalle associazioni aderenti.

Il PUA-D riceve dai PUA-C Territoriali, dall'Ospedale e da altre istituzioni territoriali le segnalazioni di interventi urgenti e attiva immediatamente le relative procedure di assunzione del caso, da ricondurre nel circuito ordinario entro il termine di 15 giorni.

L'efficacia clinico-assistenziale della presa in carico è garantita dalla proposta dell'offerta multiprofessionale nei servizi sociosanitari, cui la persona viene indirizzata.

Tale offerta dovrà essere proposta in maniera appropriata, dimensionata nel tempo e nello spazio, concordata con la persona e con la famiglia, comunicata a tutti i soggetti interessati della rete dei servizi.

Art. 8 – Norma di salvaguardia

A modifiche e integrazioni del presente disciplinare, dettate da cambiamenti contingenti e/o che non ne modifichino l'impianto e il funzionamento sostanziale, provvede il Direttore del Distretto 3 d'intesa con l'Ufficio di Piano, senza bisogno di passaggio formale di approvazione degli Enti promotori, dandone comunque comunicazione a questi.

(Allegato) 1

PUA COMUNI DEL DISTRETTO MONTI LEPINI

COMUNI	OPERATORI	GIORNI	TELEFONO E FAX	RESP. DEL SERVIZIO
SEZZE	ASS. SOC. M.Antonietta Lentisco	tutti i giorni dal lun al ven 8-14 mar e gio anche 15-18	TEL.0773889809 FAX 0773803107	Dott. Francesco Petrianni
PRIVERNO	ASS. SOC. Fabio Bagni	tutti i giorni dal lun al ven 8-14 mar e gio anche 15-18	TEL. 0773912408-9 FAX 0773912409	Dott.ssa Carla Carletti
BASSIANO	ASS.SOC. Irene Fantigrossi	martedì' 8.00-14.00	TEL E FAX 0773355013	Sig. Giovanbattista Onori
PROSEDI	ASS.SOC. Chiara Cicala	lunedì' 8.00-14.00	TEL. 0773957212 FAX. 0773956026	Sig.ra Marisa De Persi
ROCCASECCA DEI VOSCI	ASS.SOC. Cristina Tomei	martedì' 8.00-14.00	TEL. 0773920326 FAX. 0773920325	Sig.ra Serafina Balzarani
ROCCAGORGA	ASS.SOC. Irene Fantigrossi	mar 15-18 gio 8.00-14.00 e 15-18	TEL. 0773960928 FAX. 0773958722	D.ssa Imperia Tolfa
MAENZA	ASS.SOC. Silvia Sciscione	mer e ven 8.00-14.00	TEL. 0773951310 FAX. 0773951188	D.ssa Anna D' Alessio
SONNINO	ASS.SOC. Irene Fantigrossi	lun, mer, ven 8.00-14.00	TEL 0773910021 FAX. 0773908600	Sig. Orazio Condello

SCALA DI VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (Core set Val.Graf.)

Sezione A - Fattori medico-biologici

3 2 Mon CAMMINARE

Punteggio

3 2 1 Cammino

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A						
B						
C						
D						
E						

- A. Cammina da solo senza problemi (con o senza ausili o protesi).
 B. Cammina da solo ma non è sicuro o ha bisogno di qualcuno che lo guidi, lo stimoli o lo sorvegli in certe situazioni (con o senza ausili o protesi).
 C. Necessità dell'aiuto di una persona per raggiungere o/o manovrare ausili.
 D. Ha bisogno di aiuto fisico di un'altra persona per camminare.
 E. Non cammina.

0
1
2
3
4
5

5 5 Mon COMPRENDERE

5 5 1 Capacità cognitiva di comprendere

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A						
B						
C						
D						

- A. L'interazione (tra la parola e dei gesti) è sempre pronta anche per messaggi complessi.
 B. Bisogna spiegarle più volte le cose, tra alla fine capisce.
 C. La comprensione è ridotta e si limita a messaggi semplici (ad es. cibo, sonno, cose).
 D. La comprensione è completamente compromessa.

0
1
2
3
5

5 3 Mon ORIENTARSI NELLO SPAZIO

5 3 1 Orientamento spaziale

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A						
B						
C						
D						

- A. Base di casa/futuro senza problemi e si orienta bene anche in ambienti nuovi o poco familiari (ad es. in vacanza, in gita).
 B. È perso qualche volta di giorno fuori di casa/alcune, ma negli spazi non (per es. in giardino, nella via vicina) si orienta correttamente.
 C. È perso disorientato anche in casa o nei luoghi dove si è familiarizzato (es. non trova la stanza, il bagno).
 D. È spesso o costantemente disorientato anche in casa/alcune.

0
1
2
3
5

1 3 Mon CONTROLLO SFINTERICO VESCICALE

1 3 1 Continenza vescicale (in assenza di eventuale catetere, incontinenza o perdite)

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A						
B						
C						
D						
E						
F						

- A. Non ha nessun problema (complicato o no).
 B. È incontinente a gocce.
 C. È incontinente una volta a settimana.
 D. È incontinente più frequentemente e la incontinenza non riguarda o solo notturna.
 E. Ha incontinenza tendenzialmente giornaliera, con qualche residuo di autocontrollo, specie nelle ore diurne.
 F. Ha più episodi di incontinenza al giorno.

0
1
2
3
4
5

1 5 Mon CONTROLLO FUNZIONALITÀ INTESTINALE

1 5 1 Avo/continenza intestinale

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A						
B						
C						
D						
E						

- A. Nessun problema.
 B. Incontinenza occasionale o minima di cui si può occupare da solo o integrità dell'elva.
 C. Incontinenza occasionale e non si può occupare da solo.
 D. Incontinenza fecale più frequente o bisogno di aiuto per stare.
 E. Incontinenza abituale (sempre o la maggior parte del giorno).

0
1
2
3
5

5 1 Mon MANTENERE L'INTEGRITÀ CUTANEA

5 1 2 Ulcere cutanee dovute a qualsiasi causa (ulcera da decubito, da stasi, ischemica, diabetica ecc.), all'interno delle caselle A, B, C, D riportare il numero di ulcere in corrispondenza dello stato indicato nella descrizione

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A						
B						
C						
D						

- A. Assenti.
 B. Arrossamenti per stenti (grado 1); (indicare il numero di ulcere).
 C. Arrossamenti vescicolari (grado 2); (indicare il numero di ulcere).
 D. Perdita della pelle a tutto spessore (grado 3); (indicare il numero di ulcere).
 E. Ulcere più profonde (grado 4 oppure escara); (indicare il numero di ulcere).

(aggiunto
"assenti")

0
1
2
3
4
5

1 1 Mon ALIMENTAZIONE

1 1 1 Mangiare - Autonomia nel mangiare

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A						
B						
C						
D						
E						

- A. Autonomia (con o senza aiuti) sempre include la percezione, autonomia nella gestione dell'alimentazione orale (es. gestione sondino naso-gastrico/PEG/CVD/IAP).
 B. Ha bisogno di stimolo e sorveglianza o di aiuto / 1-3-5 occasionali.
 C. Ha bisogno di aiuto fisico più di due volte in settimana, ma non tutti i giorni.
 D. Ha bisogno di aiuto fisico costante, ma collabora ed è capace di utilizzare almeno una pinza.
 E. Deve essere imbucato e collabora poco (o non è) quasi mai nutrendo e nella gestione dell'alimentazione artificiale (es. gestione sondino naso-gastrico/PEG/CVD/IAP).

0
1
2
3
5

1 8 Mon VESTIRSI

1 8 1 Vestire

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A						
B						
C						
D						
E						

- A. È capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciare le scarpe e lughette, applicare spalline logghe o un corsetto: tutto o una pinza (anche se con indumenti adattati), con o senza aiuti.
 B. Occorre preparargli in ordine i vestiti.
 C. Necessità di aiuto minimo aiuti per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseni, lacci di scarpe.
 D. Ha bisogno di aiuto fisico ma collabora in modo appropriato.
 E. È il paziente scelto: tutti gli aspetti e non collabora.

0
1
2
3
5

1 9 Mon CURA DELL'ASPETTO

1 9 1 Cura dell'aspetto (lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, farsi la barba, truccarsi, sotrarsi il naso)

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A						
B						
C						
D						
E						

- A. È capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e sotrarsi con presidi ausili. Per lo meno riesce di usare almeno un tipo di rasoi, completa tutte le manipolazioni, ed è capace di truccarsi, se abituato (non tutto o con trucco in vitro o in ambienti eccezionali del case).
 B. Necessità di aiuto minimo per non in tempo in operazioni.
 C. Necessità di aiuto durante una o più delle operazioni, ma non per tutte.
 D. Necessità di aiuto per tutte le operazioni, ma ancora collabora.
 E. È completamente incapace: bisogna fare tutto per lui/lei.

0
1
2
3
5

8 2 Mon DORMIRE

8 2 1 Disturbi del sonno (disturbi dell'inizio e del mantenimento del sonno)

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A						
B						
C						
D						

- A. Assenti.
 B. Sì, fino a 2 notti a settimana.
 C. Sì, da 3 a 5 notti a settimana.
 D. Sì, giornalmente o quasi.

0
1
3
5

8 7 Mon ESSERE CLINICAMENTE STABILI - la valutazione degli item fa riferimento agli ULTIMI 60 GIORNI

8 7 1 Scala di stabilità/instabilità clinica (preferibilmente a cura del medico)

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A						
B						
C						
D						
E						
F						

- A. Stabile: senza i seguenti problemi, o con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico < 60 giorni.
 B. Moderatamente stabile: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico < 60 giorni.
 C. Moderatamente instabile: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli più o meno regolari di notte ma meno di una volta alla settimana.
 D. Instabile: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico, presumibilmente con o più volte alla settimana, ma non quotidiani.
 E. Molto instabile: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico quotidiano.
 F. Assente: con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico più frequente.

0
1
2
3
4
5

8 7 2 1 Necessità residue di applicazione di prescrizioni semplici (compilazione dell'item a cura dell'infermiere)

(es. pressione arteriosa, frequenza cardiaca, respiratoria, temperatura corporea, scala da dolore)

ATTENZIONE: L'item misura il bisogno residuo di applicazione delle prescrizioni che il paziente che deve essere soddisfatte al più presto. Infermiere OSS - del Servizio Oncologico (il bisogno residuo si ottiene sottraendo al bisogno complessivo, documentato dall'item 8.7.1, il bisogno soddisfatto dalla rete naturale - famiglia esclusa - o assistenziale - badanti assistenti).

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A						
B						
C						
D						
E						
F						

- A. Nessuna.
 B. Occasionale.
 C. Almeno una volta a mese.
 D. Una volta alla settimana.
 E. Due o tre volte alla settimana.
 F. Almeno quattro volte alla settimana, ma non quotidiana.
 G. Quotidiana.
 F. Più quotidiana.

0
1
2
3
4
5

D1-D2
D3-E
F

(Mancare riferimento ai deficit delle funzioni sensoriali - p.4)

TOTALE Sez. A:	da 0 a 60
Autosufficienza	0 - 12
Bassa non-autosufficienza	13 - 24
Media non-autosufficienza	25 - 48
Completa non-autosufficienza	49 - 60

Sezione B - Fattori assistenziali e socio-ambientali

0 2 SITUAZIONE ABITATIVA DOMICILIARE

0 2 1 Valutazione accessibilità all'edificio

- | | | |
|----------|--|---|
| A | A. Accessibile in autonomia | 0 |
| B | B. Accessibile con consueta assistenza | 1 |
| C | C. Non accessibile | 2 |

0 2 2 Valutazione ambiente interno (edificio)

0 2 2 2 Cucina (b)

- | | | |
|----------|-------------------------------------|---|
| A | A. Fruibile in autonomia | 0 |
| B | B. Fruibile con consueta assistenza | 1 |
| C | C. Non fruibile | 2 |

0 2 2 4 Camera (b)

- | | | |
|----------|-------------------------------------|---|
| A | A. Fruibile in autonomia | 0 |
| B | B. Fruibile con consueta assistenza | 1 |
| C | C. Non fruibile | 2 |

0 2 2 6 Bagno (a)

- | | | |
|----------|--|---|
| A | A. Accessibile in autonomia | 0 |
| B | B. Accessibile con consueta assistenza | 1 |
| C | C. Non accessibile | 2 |

0 2 2 5 6 Water (a)

- | | | |
|----------|-------------------------------------|---|
| A | A. Fruibile in autonomia | 0 |
| B | B. Fruibile con consueta assistenza | 1 |
| C | C. Non fruibile | 2 |

SITUAZIONE FAMILIARE

Rete di aiuti Rete di mercato e volontariato (usufruito nell'ultimo mese)

- | | | |
|----------|---|----|
| A | A. Grado di parentela (tutte le voci) and Prossimità (Co) and Rete di aiuti (1) | 0 |
| B | B. Grado parentela (tutte, tranne Co) and Prossimità (tutte, tranne Co) and Rete di aiuti (1) | 1 |
| C | C. Volontari (6) | 2 |
| D | D. Assistenti familiari non conviventi (2) | 4 |
| E | E. Servizi di assistenza domiciliare (servizi pubblici - 6) | 6 |
| F | F. Altro personale qualificato a pagamento (5) | 8 |
| G | G. Vive solo (0.1.1) and precedenti punti C or F | 10 |

SITUAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

Reddito mese Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) - 2009

- | | | |
|----------|---|----|
| A | A. Reddito superiore a/ seguente punto B (> € 878 per 1 compon.; > € 1.685 per 2 compon.) | 0 |
| B | B. Reddito povertà relativa + 20% (€ 878 per 1 componente; € 1.685 per 2 componenti) | 1 |
| C | C. Reddito povertà relativa + 10% (€ 805 per 1 componente; € 1.545 per 2 componenti) | 3 |
| D | D. Reddito € 641-732 per 1 componente; € 927-1.405 per 2 componenti (povertà relativa) | 5 |
| E | E. Reddito < € 640 per 1 componente; < € 922 per 2 componenti (povertà assoluta) | 10 |

CONDIZIONE SOCIO-PERSONALE

Responsabilità legale

- | | | |
|----------|--|---|
| A | A. Persona legalmente responsabile di sé | 0 |
| B | B. Curatore | 1 |
| C | C. Amministratore di sostegno | 2 |
| D | D. Tutore | 5 |

Condizione professionale

- A. Occupato/a
B. Casalinga/studente
C. Disoccupato
D. Invalido parziale (> 66%)
E. Invalido totale (100%)

0
1
2
3
5

7 2 Mon **SOCIALIZZARE**

7 2 1 **Socializzazione**

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A						
B						
C						
D						
E						

- A. È socievole: prende l'iniziativa di contatti semplicemente con le sue modalità.
B. Fredda raramente iniziativa, ma ha vita di relazione accettabile.
C. Ha contatti se e occasionali: tra vorrebbe più compagnia.
D. Ha contatti solo personali e non vuole compagnia.
E. Non ha contatti (es. ormai a demenza grave)

0
1
2
3
5

8 6 Mon **ASSISTENZA DIURNA**

8 6 2 **Possibilità di lasciarsi da solo/a durante il giorno (non considerare la consumazione dei pasti)**

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
A						
B						
C						
D						

- A. Si tutto il giorno
B. Si mezza giornata
C. Si alcune ore
D. No praticamente mai

0
1
3
5

SCALA DI FRAGILITÀ PRIMA 7

Punteggio al Prima 7

- A. Nessuna risposta positiva
B. Una risposta positiva
C. Due risposte positive
D. Tre risposte positive
E. Quattro risposte positive
F. Cinque risposte positive
G. Sei o sette risposte positive

0
1
2
4
6
8
10

TOTALE Sez. B: da 0 a 60

Autosufficienza	0 - 12
Bassa non-autosufficienza	13 - 24
Media non-autosufficienza	25 - 48
Completa non-autosufficienza	49 - 60

INDICE GLOBALE DI AUTOSUFFICIENZA da 0 a 110

Autosufficienza	0 - 24
Bassa non-autosufficienza	25 - 48
Media non-autosufficienza	49 - 96
Completa non-autosufficienza	97 - 120

**ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
GIUNTA COMUNALE N. 014 DEL 24-01-2012**

PARERI AI SENSI DELL'ART. 49 DEL DECRETO Lgs. 18.8.2000 N. 267
SULLA PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DI GIUNTA COMUNALE AVENTE PER OGGETTO:

**OGGETTO: APPROVAZIONE DEL DISCIPLINARE ATTUATIVO DEL P.U.A. -
PUNTO UNICO/UNITARIO DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI
INTEGRATI DEL DISTRETTO 3 DELLA ASL LATINA E DELL'AMBITO DI
ZONA "MONTI LEPINI".**

DIPARTIMENTO N. 1 - SERVIZIO 1.1

PARERE IN ORDINE ALLA REGOLARITA' TECNICA:
Comma 1° - art. 49 D. lgs. 267/2000

FAVOREVOLE

RICORRENTE RESPONSABILE DEL SERVIZIO
Dot.ssa Carletti Carla

Data

24/1/2012

timbro



firma

Il presente verbale viene sottoscritto come segue:

IL SINDACO
F.to avv. UMBERTO MACCI

IL SEGRETARIO COMUNALE
F.to dott. **LUGI PILONE**

REFERTO DI PUBBLICAZIONE (art.124 D. Lgs. 18 agosto 2000 n. 267)

N. 307 Reg. Pubbl.

Certifico io sottoscritto Segretario comunale su conforme dichiarazione del Messo, che copia del presente verbale è stato pubblicato il giorno **9 febb 2012** all'Albo Pretorio ove rimarrà esposto per 15 giorni consecutivi.

IL MESSO NOTIFICATORE

IL SEGRETARIO COMUNALE
F.to dott. **LUGI PILONE**

lì, **9 febb 2012**

E' copia conforme all'originale da servire per uso amministrativo.

Dalla Residenza Comunale lì, **9 febb 2012**

IL SEGRETARIO COMUNALE
dott. **LUGI PILONE**

COMUNICAZIONE AI CAPIGRUPPO CONSILIARI
(artt.125 D. Lgs. 18 agosto 2000 n. 267)

Si da atto che del presente verbale viene data comunicazione **9 febb 2012** oggi giorno di pubblicazione ai Capigruppo consiliari.

lì, **9 febb 2012**

IL SEGRETARIO COMUNALE
f.to dott. **LUGI PILONE**

CERTIFICATO DI ESECUTIVITA' (art.134 D. Lgs. 18 agosto 2000 n. 267)

- ☐ Si certifica che la suesesa deliberazione è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio del Comune senza riportare nei primi dieci giorni di pubblicazione denunce di vizi di legittimità, per cui la stessa è divenuta esecutiva ai sensi del 3° comma dell'art.134 D. Lgs. 18 agosto 2000 n. 267 in data .

lì,

IL SEGRETARIO COMUNALE
dott. **LUGI PILONE**

-
- ☐ La suesesa deliberazione è divenuta esecutiva in data **9 febb 2012** ai sensi del 4° comma dell'art.134 D. Lgs. 18 agosto 2000 n. 267.

lì,

9 febb 2012

IL SEGRETARIO COMUNALE
f.to dott. **LUGI PILONE**

COMUNE DI PRIVERNO
(Provincia di Latina)

