

DIPARTIMENTO DISTRETTO

Direttore Incaricato: Dott. Elvio Pistaffa

DIREZIONE DIPARTIMENTO DISTRETTO			
Legnago - Via C. Gianella 1 - Palazzina della sede direzionale			
Segreteria			
Telefono	0442 622380	Fax	0442 622141
e-mail	dip.distretti@aulsslegnago.it		

Nel Dipartimento Distretto si configura il livello della sanità pubblica territoriale e di integrazione socio-sanitaria, con l'obiettivo di considerare la centralità del cittadino e la continuità assistenziale, in modo da perseguire una maggior interazione tra i servizi e gli Enti in relazione al complesso delle attività esistenti e di nuova istituzione, creando una rete diversificata territoriale fortemente integrata con il sociale al fine di dare una risposta complessiva alle esigenze di tipo extra-ospedaliero.











Le attività specialistiche sono assicurate con le necessarie integrazioni con i dipartimenti ospedalieri in modo da fornire prestazioni integrate, assicurare l'appropriatezza degli accessi ospedalieri e la continuità delle cure ambulatoriali e domiciliari, in raccordo con l'area ospedaliera, al fine di trovare percorsi agevolati, efficaci e di integrazione tali da offrire al cittadino il panorama socio-assistenziale dell'Azienda.

Il Distretto Socio Sanitario dell'Azienda ULSS 21 di Legnago è "unico" in quanto comprende tutto il territorio di pertinenza della ULSS, a cui afferiscono 25 Comuni.

La creazione di un unico distretto ha consentito l'integrazione tra area sanitaria e sociale creando i presupposti per attuare una revisione organizzativa utile all'adeguamento dell'offerta sanitaria in base alle effettive esigenze dell'utenza.

Le strutture in cui si articola il Dipartimento Distretto sono le seguenti:

UNITA' OPERATIVE

-  **CURE PRIMARIE**
-  **UNITÀ VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE (UVMD)**
-  **CURE INTERMEDIE**
-  **ETA' ADULTA**
 - SERVIZIO ABILITAZIONE/RIABILITAZIONE DISABILI ADULTI
 - CENTRO EDUCATIVO OCCUPAZIONALE
 - INTEGRAZIONE LAVORATIVA E SOCIALE
-  **MATERNO INFANTILE ETÀ EVOLUTIVA E FAMIGLIA**
 - TUTELA FAMIGLIA/CONSULTORI FAMILIARI
 - TUTELA ETÀ EVOLUTIVA, ADOLESCENTI E GIOVANI
 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
 - TUTELA MINORI
-  **SEZIONI :**
 - PIANO DI ZONA
 - FORMAZIONE PIANI E PROGRAMMI
-  **MEDICINA CONVENZIONATA E STRUTTURE ACCREDITATE**
-  **STRANIERI –ANAGRAFE SAN. – ASS. INTEGRATIVA E PROTESICA**
-  **GESTIONE ECONOMICA SERVIZI SOCIO-SANITARI**
-  **RESIDENZIALITA' EXTRAOSPEDALIERA**

I Servizi socio-sanitari

I servizi socio-sanitari sono rivolti ad utenti che presentano problemi di disabilità ed handicap in età evolutiva ed adulta, di tossicodipendenza, di patologia psichiatrica, di disagio familiare e di non autosufficienza nell'età adulto-anziana.

✿ U.O.C. CURE PRIMARIE

Direttore: Dott. Oliviero Zanardi
cure.primarie@aulsslegnago.it

Si occupa della gestione convenzionale con i medici di medicina generale, i medici pediatri di libera scelta e i medici del servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica) nonché dell'attività di assistenza domiciliare. Vedi da pag. a pag.

Sede	Legnago - Via C. Gianella, 1 – c/o Palazzina Direzionale		
Segreteria			
Telefono	0442 622718	Fax	0442 622683
e-mail	cure.primarie@aulsslegnago.it		
Orario per il pubblico	Su appuntamento		

UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE (U.V.M.D)

Direttore: Dott. Ferdinando Vaccari
aulss21d1@aulsslegnago.it

Sede	Legnago - Via C. Gianella, 1 – c/o Palazzina Direzionale		
Segreteria			
Telefono	0442-622303	Fax	0442-622683
e-mail	centrodip@aulsslegnago.it		
Orario per il pubblico	9.00 – 12.00		

L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale è l'unità operativa semplice del Dipartimento Distretto istituita per garantire l'integrazione della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali territoriali. E' un gruppo di lavoro con attività di valutazione multidimensionale e di presa in carico dell'assistito. Coinvolge più figure professionali garantendo una corretta analisi del bisogno, analizza le dimensioni del soggetto (•CLINICA •COGNITIVA •FUNZIONALE •MOBILITA' •SOCIALE) attraverso strumenti specifici di valutazione, permette di descrivere il Profilo di Autonomia ed attua la progettazione e realizzazione del miglior intervento assistenziale possibile per la persona in stato di bisogno, previsto dalla Rete dei Servizi approvata col Piano di Zona.

ATTIVITA'

- ✿ Rilevazione delle problematiche, conoscenza dei bisogni e relativa valutazione (strumenti di valutazione oggettivi e omogenei);
- ✿ Valutazione della congruità fra bisogni e offerta di servizi;
- ✿ Individuazione delle risorse e garanzia di equità, omogeneità e uniformità nell'assistenza fornita;
- ✿ Selezione delle priorità sulla base delle risorse disponibili;
- ✿ Progettazione dei protocolli assistenziali
- ✿ Programmazione delle attività e regolamentazione dei servizi e delle iniziative
- ✿ Osservazione dell'evoluzione dei bisogni e della adeguatezza della risposta assistenziale
- ✿ Definizione degli accordi/contratti di fornitura
- ✿ Verifica dei volumi di attività erogate e della loro appropriatezza.

A chi è rivolta

I destinatari dell'attività di valutazione multidimensionale e di presa in carico dell'UVMD sono le persone fragili in stato di bisogno socio sanitario con particolare riferimento ai soggetti in condizioni di dipendenza ed ai casi complessi/multiproblematici.

Nelle **situazioni individuali complesse**, che richiedono la presa in carico integrata e l'attivazione di risorse sia sociali che sanitarie, il Direttore del Distretto attiva la valutazione multidimensionale e multiprofessionale con l'intento di individuare e offrire l'attuazione della migliore soluzione possibile per la persona e la famiglia riconosciuta in stato di bisogno socio-sanitario, che incontri il gradimento della stessa e ne rispetti la libertà di scelta.

Sono persone che ricevono trattamenti sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali di assistenza domiciliare, semiresidenziale, residenziale erogati da tutti i soggetti che concorrono alla rete dei servizi, pubblici e privati accreditati o convenzionati, sociali e sanitari, con contenuti che consentono l'aggregazione attorno all'utente di prestazioni stratificate temporalmente. In particolare persone non autosufficienti, famiglie in difficoltà, minori a rischio e con provvedimenti di affidò, area handicap, tossicodipendenze, disabili psichici, ecc..

Come si accede al servizio

La segnalazione di bisogno socio-sanitario / domanda di intervento, può venire presentata dalla stessa persona, ovvero dal tutore (in caso di interdizione), da un familiare, dall'assistente sociale interessato al caso, dal medico di medicina generale, dal medico curante, dal soggetto civilmente obbligato, da un familiare o da qualsiasi operatore che sia a conoscenza del bisogno. In ogni caso garantendo il consenso informato della persona interessata (salvo le eccezioni previste dalla legge).

La segnalazione/domanda, opportunamente motivata, può essere presentata allo Sportello Integrato (in qualsiasi punto della rete dei servizi socio-sanitari pubblici), all'interno del Punto Sanità distrettuale di residenza della stessa ULSS. Lo Sportello Integrato (Responsabile del Servizio) che riceve la domanda effettua una prima lettura della segnalazione dei bisogni e delle necessità assistenziali, propone al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno e, se trattasi di situazioni complesse e/o delicate, la invia nel più breve tempo possibile, alla Centrale Operativa Distrettuale (COD), ove il Responsabile del Distretto farà una successiva valutazione e se necessario attiverà una UVMD. Il Responsabile della UVMD del Distretto dove è residente la persona interessata è direttamente coinvolto nell'elaborazione del progetto individualizzato.

La segnalazione/domanda può contenere l'indicazione dei servizi desiderati per la persona interessata. L'UVMD nella funzione valutativa multidimensionale e multiprofessionale e di presa in carico tiene conto di tale segnalazione alla luce delle risorse disponibili e dei bisogni assistenziali e riabilitativi della persona.

Dell'Area fanno parte:

CENTRALE OPERATIVA DISTRETTUALE

La centrale operativa distrettuale ha compiti organizzativo-gestionali:

- a) organizzazione dell'attività dell'UVMD per tutta la gamma di bisogni (anziani non autosufficienti, famiglie in difficoltà, minori a rischio e con provvedimenti di affidò, area handicap, tossicodipendenze, disabili psichici, ecc.),
- b) preparazione e gestione graduatoria unica di azienda (lista d'attesa) per accesso strutture residenziali,
- c) organizzazione e gestione inserimento ospiti non autosufficienti in casa di riposo,
- d) gestione ed aggiornamento continuo registro impegnative di residenzialità, ecc.

UFFICIO AMMINISTRATIVO Assistenza Domiciliare Integrata

Ad esso afferisce tutta la documentazione ed i fascicoli ADI in archivio negli ex distretti per la costituzione di un archivio unico di distretto e l'immissione dei dati su banca dati informatizzata. Questa banca dati alimenta un *software* che oltre ad aiutare nella gestione ADI risponde al debito informativo regionale col set minimo di dati nella forma di tracciato record richiesto.

UFFICIO DIMISSIONI PROTETTE

Referente per l'Ospedale di Legnago: Dott.ssa Luisa Tedaldi - Assistente Sociale

Sede	Legnago – Via C. Gianella, 1 – c/o Palazzina Direzionale		
Segreteria			
Telefono	0442 622449	Fax	0442 622683
e-mail	dipartimento.distretti@aulsslegnago.it		
Orario e sede ricevimento per il pubblico	U.O.C GERIATRIA OSPEDALE "Mater Salutis" di LEGNAGO Lunedì 14.30 – 17.00 Giovedì 9.00 – 13.00 Per appuntamento: 3297503699 – 0442632452 – 0442632907		

Referente per l'Ospedale di Bovolone: Dott.ssa Clara Dal Cortivo - Assistente Sociale

Sede	Legnago - Via C. Gianella, 1 – c/o Palazzina Direzionale		
Segreteria			
Telefono	0442 622449	Fax	0442 622683
e-mail	sociale.alzheimer@aulsslegnago.it		
Orario e sede ricevimento per il pubblico	PRIMO PIANO OSPEDALE "S. Biagio" di BOVOLONE Martedì 9.00 – 12.30 Giovedì 14.00 – 17.00 Per appuntamento: 3204306369 – 0442632936 – 0456999557		

La dimissione protetta è una modalità di attivazione della rete assistenziale territoriale in coincidenza con la dimissione dall'ospedale di un paziente con carico assistenziale complesso. Se la dimissione dell'assistito è compatibile con il rientro a domicilio viene attivato, attraverso l'UVMD, il Servizio ADI.

Qualora le condizioni socio-ambientali non rendano possibile il rientro del paziente a domicilio, la procedura della dimissione protetta è attivata per l'istituzionalizzazione in idonee strutture protette.

Preso in carico e valutazione sociale per problematiche assistenziali, previdenziali, sociali e familiari di:

- pazienti ricoverati nei presidi ospedalieri di Legnago, Bovolone e Zevio segnalati da tutte le Unità Operative dei presidi stessi;
- pazienti residenti nel territorio dell'AULSS 21 e ricoverati in altri nosocomi;
- consulenza, sostegno e segretariato sociale ai pazienti ricoverati e/o ai loro familiari;
- valutazioni sociali per progetti individuali di inserimento in strutture extraospedaliere (Centri Servizi, *Hospice*, ecc.) o per l'accesso ai servizi territoriali (ADI, SAD, ecc.).

A chi è rivolta

A pazienti con carico assistenziale complesso in dimissione dall'ospedale:

1. con esiti di episodi cerebrovascolari acuti
2. con fratture ed esiti di altri interventi ortopedici
3. con esiti di patologie di competenza chirurgica
4. con episodi di riacutizzazione di patologie croniche che necessitano di prestazioni sanitarie a carattere temporaneo e programmabile, per controllare l'episodio di riacutizzazione e favorire il recupero dell'autonomia a livello precedente dell'episodio di riacutizzazione
5. pazienti trattati con terapia palliativa
6. pazienti trattati con nutrizione artificiale.

Come si accede al servizio

Il medico di reparto dell'Unità Operativa dei presidi ospedalieri di Legnago, Bovolone e Zevio segnala la dimissione dall'ospedale di un paziente ricoverato con carico assistenziale complesso e trasmette la proposta motivata di assistenza alla Centrale Operativa Distrettuale che ne coordina l'attuazione.

Il programma di intervento viene successivamente definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (vedi cap. UVMD pag.)

CURE INTERMEDIE

Direttore: Dott. Ferdinando Vaccari
aulss21d1@aulsslegnago.it

sede	Legnago - Via Gianella, 1 – Palazzina della Sede Direzionale		
Segreteria			
Telefono	0442 622303	Fax	0442 622683
e-mail	centrodip@aulsslegnago.it		

L'Unità Operativa Cure Intermedie è una struttura organizzativa del Dipartimento Distretto. Si occupa della consulenza, la programmazione, l'organizzazione, l'attivazione e la gestione di alcuni servizi socio - sanitari.

ATTIVITA'

- ▮ organizzazione e supervisione attività medico - specialistica ambulatoriale presso i Presidi Ospedalieri e i Punti Sanità;
- ▮ organizzazione assistenza Medico Specialistica domiciliare per persone non autosufficienti;
- ▮ organizzazione delle prestazioni Medico Specialistiche presso le strutture protette per persone non autosufficienti;
- ▮ organizzazione, erogazione e supervisione del servizio di ospedalizzazione domiciliare (ADI HR);
- ▮ assistenza socio – sanitaria residenziale extraospedaliera / assistenza anziani;
- ▮ programmi socio-assistenziali integrati rivolti a persone anziane;
- ▮ raccordo con il servizio di assistenza domiciliare;
- ▮ raccordo con i servizi sanitari;
- ▮ monitoraggio delle risorse sociali di supporto alle risorse sanitarie;
- ▮ raccordo con il volontariato locale.

Cure Intermedie sul Territorio

L'attività specialistica domiciliare è stata improntata per dare la dovuta sicurezza e serenità all'entità di cura paziente/famiglia.

Il Dipartimento Distretto tramite la propria Unità Operativa Cure Intermedie, col personale infermieristico dell'UO Cure Primarie e con il personale Medico Specialistico Ospedaliero della UOC Geriatria, della UOC di Lungodegenza, della UOC di Pneumologia, della UOC di Oncologia e della UOC di Terapia Antalgica supporta l'attività domiciliare dell' ADI tramite:

- ▮ Cure palliative;
- ▮ Assistenza pneumologica domiciliare;
- ▮ Nutrizione Artificiale Domiciliare – Team nutrizionale;
- ▮ Ospedalizzazione domiciliare.

▮ Cure palliative

L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie.

I nuclei cure palliative sono composti da specialisti (medici palliativisti, medici specialisti in terapia antalgica, infermieri, psicologi) con compiti di garantire la necessaria attività assistenziale alternativa al ricovero ospedaliero per utenti in fase terminale. L'assistenza specialistica è offerta sia al malato in situazione di sofferenza complessa caratterizzata dalla difficoltà a soddisfare i bisogni primari e dal deteriorarsi dell'identità corporea e dell'equilibrio psico-fisico, sia alla famiglia coinvolta nella sofferenza, nell'assistenza continua al congiunto ed alla preparazione del lutto imminente.

A chi è rivolta

È un servizio di assistenza domiciliare resa a pazienti affetti da malattie progressive (in genere neoplastiche) ed in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata.

Come si accede al servizio

Su segnalazione del caso da parte dei servizi socio-sanitari o su richiesta della famiglia del malato, il medico di fiducia trasmette la proposta motivata di assistenza alla Centrale Operativa Distrettuale che ne coordina l'attuazione. Si accede al servizio previa valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (vedi cap. UVMD)

➤ Assistenza pneumologica domiciliare

E' stato predisposto un protocollo operativo atto a garantire l'assistenza domiciliare a pazienti in ventilazione invasiva.

A chi è rivolta

- pazienti affetti da insufficienza respiratoria con ventilatore meccanico;
- pazienti in assistenza domiciliare in ventilazione invasiva;
- pazienti non autosufficienti in ossigenoterapia long term (a lungo termine).

Come si accede al servizio

Su segnalazione del caso da parte dei servizi socio-sanitari o su richiesta della famiglia del malato, il medico di fiducia trasmette la proposta motivata di assistenza alla Centrale Operativa Distrettuale che ne coordina l'attuazione. Si accede al servizio previa valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (vedi cap. UVMD).

➤ Nutrizione artificiale

Per nutrizione artificiale si intende la somministrazione dei principali substrati nutrizionali (glucidi, lipidi, protidi, aminoacidi, vitamine, sali minerali, oligoelementi, ecc.) attraverso accessi artificiali delle prime vie digestive (sondini nasogastrici, gastrostomie, digiunostomie, ecc.) o mediante cateteri venosi (in vena periferica o centrale).

Il team nutrizionale ha funzioni organizzative, cliniche e formative al fine di promuovere l'appropriatezza delle prescrizioni e di verificare la congruità dei prodotti, di documentare l'efficacia dell'intervento e di favorire la continuità assistenziale ospedale – territorio.

Si avvale di specialisti di riferimento (medici, dietisti, infermieri) che hanno compiti di consulenza a favore di pazienti in cura presso il proprio domicilio o non autosufficienti assistiti nelle case di riposo.

A chi è rivolta

Il Servizio di Nutrizione Artificiale Domiciliare è fornito a domicilio a pazienti portatori di gravi patologie croniche e che si trovano in condizioni di grave dipendenza sanitaria, secondo un piano assistenziale definito dall'AULSS. E' fondata sul concorso di più figure professionali, dagli specialisti al medico di medicina generale, agli altri operatori sanitari e sociali e alle famiglie. che operano in integrazione fra loro.

Come si accede al servizio

Su segnalazione del caso da parte dei servizi socio-sanitari o su richiesta della famiglia del malato, il medico di fiducia trasmette la proposta motivata di assistenza alla Centrale Operativa Distrettuale che ne coordina l'attuazione. Si accede al servizio previa valutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (vedi cap. UVMD)

➤ Ospedalizzazione domiciliare

L'ADI-HR si pone come cerniera nel processo di integrazione ospedale-territorio offrendo tre modalità di assistenza:

- presa in carico assistenziale, al momento della dimissione ospedaliera, con responsabilità diretta;
- assistenza temporanea congiunta con il medico di medicina generale, a cui compete la responsabilità del caso (intervento specialistico programmato);

- supporto specialistico all'ADIMED (intervento su richiesta).

A chi è rivolta

L'ADI-HR viene erogata al domicilio a pazienti portatori di gravi patologie croniche e che si trovano in condizioni di grave dipendenza sanitaria, secondo un piano assistenziale definito dall'AULSS. E' fondata sul concorso di più figure professionali dagli specialisti, al medico di medicina generale, agli altri operatori sanitari e sociali e alle famiglie che operano in integrazione fra loro.

Come si accede al servizio

Su segnalazione del caso da parte dei servizi socio-sanitari o su richiesta della famiglia del malato, il medico di fiducia trasmette la proposta motivata di assistenza alla Centrale operativa distrettuale che ne coordina l'attuazione.

Il programma di intervento viene successivamente definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (vedi cap. UVMD).

✿ Residenzialità extraospedaliera

Questo Servizio intende assicurare alle persone e alle famiglie che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone fragili un sistema integrato di interventi e servizi secondo i principi di sussidiarietà, efficacia, efficienza ed economicità. L'integrazione socio-sanitaria, a livello dell'utente individuale, si fonda sul processo di presa in carico professionale, a partire dalla valutazione dei suoi bisogni assistenziali fino alla fase della definizione del progetto individualizzato. E' indispensabile impegnarsi per l'attivazione di un'articolata rete di servizi sociali e sanitari, necessariamente integrati fra loro, con lo scopo di recuperare l'anziano dal rischio della emarginazione, di avviare un servizio vero a tutela della sua salute, intesa in senso lato.

Come si accede al servizio

L'accesso alla graduatoria unica viene attivato, di norma, con domanda dei parenti o dell'assistente sociale del comune di residenza. I tempi di attesa per l'erogazione dell'impegnativa* possono variare in relazione alla gravità della dipendenza sanitaria, al bisogno assistenziale, alla organizzazione della rete socio-familiare, alla disponibilità dei posti letto nella sede di preferenza.

Il sistema della residenzialità territoriale definito dalla DGRV n. 394/2007 prevede per ogni Azienda ULSS una dotazione di impegnative il cui valore è distinto in base alla intensità assistenziale necessaria.

La responsabilità della gestione delle impegnative è dell'Azienda ULSS.

L'emissione dell'impegnativa di residenzialità è subordinata alla valutazione effettuata dalla UVMD con applicazione della scheda SVAMA (DGRV n. 3979/99).

L'emissione dell'impegnativa è condizionata dalla effettiva disponibilità del posto letto nel Centro Servizi scelto dalla prima persona della graduatoria del Registro Unico della Residenzialità e dalla corrispondente disponibilità economica della quota socio-sanitaria.

impegnativa = quota del contributo economico regionale per le spese sanitarie.*

A chi è rivolta

Possono usufruire del servizio i cittadini anziani, allettati o con ridotta mobilità, residenti nel territorio dell'Ulss n°21. Si tratta di persone occasionalmente o stabilmente non autonome.

Il programma di intervento viene definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (vedi cap. UVMD pag.)

Elenco case di riposo convenzionate a pag.

Unità operativa interna nelle Case di Riposo

In tutte le case di riposo sono attive le Unità Operative Interne (U.O.I.).

Le Unità Operative Interne sono composte dal medico coordinatore, dal responsabile del servizio infermieristico e dal direttore della struttura (composizione minima) integrate a seconda delle necessità da altri operatori (fisiokinesiterapista, educatore-animatore, addetto all'assistenza, ecc.).

Le sedute delle Unità Operative Interne si tengono generalmente con una cadenza compresa tra i 15 e i 30 giorni, e sono dedicate alle:

- valutazioni assistenziali dei singoli ospiti sul lungo periodo (6 – 12 mesi);
- verifica degli interventi assistenziali personalizzati sul breve periodo (30 – 60 giorni).

percorsi per la qualità assistenziale

La qualità assistenziale interna è garantita dal medico coordinatore, che si rapporta con il medico di medicina generale e con il responsabile del servizio infermieristico per quanto riguarda i fabbisogni e gli interventi assistenziali.

Il referente Area Anziani e Specialistica si rapporta con i medici coordinatori e con le direzioni delle strutture per l'individuazione dei fabbisogni di interventi specialistici, dei percorsi facilitati con le strutture ospedaliere, delle necessità di formazione professionale e di proposta di protocolli operativi.

Il referente si rapporta con l'Ufficio Idoneità Professionale dell'ULSS per 'attività di verifica degli aspetti organizzativi e strutturali degli Istituti di residenzialità.