

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE

DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Deliberazione n. 082

del 02 MAR. 2016

OGGETTO: Riorganizzazione Assistenza Domiciliare Integrata dell'ASP di Crotone

STRUTTURA PROPONENTE: Dipartimento Coordinamento Tecnico Area Assistenza Territoriale

Data di presentazione della proposta ____/____/2016

In data 02 MAR. 2016, nei locali della Sede Legale dell'ASP in via Mario Nicoletta n.95, Crotone, il Commissario Straordinario, Dr Sergio Arena adotta la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

Il Direttore ad interim del Dipartimento Coordinamento Tecnico Area Assistenza Territoriale, Dr. Agostino Talerico, su conforme nonché sulla base della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità e di conformità dell'atto alla normativa vigente resa proposta dal responsabile del procedimento designato

PREMESSO CHE l'ASP di Crotone, con delibera n. 13 del 02/02/2010, ha riorganizzato il sistema delle cure domiciliari e l'accesso ai servizi territoriali;
DATO ATTO CHE la Regione Calabria, con DPGR n. 12 del 31/01/2011, ha emanato le linee guida sul sistema di cure domiciliari;
CONSIDERATO CHE con determina n. 334/DCTAAAD del 27/05/2011, l'ASP di Crotone ha istituito il Punto Unico di Accesso (P.U.A.) per il Distretto di Crotone, che ha assunto funzioni di unico P.U.A (Back-office) per tutta l'Azienda;
CHE, con delibera n. 260 del 27 /05/2013, l'ASP di Crotone, ha proceduto alla costituzione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.);
ATTESO CHE il DCA n. 76, del 6 Luglio 2015, avente ad oggetto: "P.O. 2013-2015. Programma 14.8 - Riequilibrio Ospedale territorio - Approvazione documento di riorganizzazione della rete Territoriale", ha individuato una

proposta di riorganizzazione della rete territoriale, ivi comprese le cure domiciliari;

CHE nella sez. I° del summenzionato documento di riorganizzazione territoriale, denominata " *Il territorio nella gestione strategica della erogazione dei servizi sanitari e socio sanitari*" prende in esame alcuni aspetti legati alla sanità territoriale;

DATO ATTO CHE l'ASP di Crotone, con prot. n. 20249, del 24/02/2016, ha provveduto a trasmettere alla Regione Calabria opportuna proposta inerente il " *Piano di Riorganizzazione della nuova rete territoriale in coerenza con le indicazioni della Legge 135, del 07/08/2012: conversione in Legge, con modificazione, del decreto Legge 6 Luglio 2012, n. 95, recanti disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai Cittadini*";

CONSIDERATO CHE la proposta risulta in sintonia con la riorganizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema delle cure primarie contenute nell'art. 1, della Legge 8/11/2012, n°189 (decreto di conversione in Legge con modificazione del Decreto Legge del 13 settembre 2012, n°158, recante " *Disposizione urgente per promuovere lo sviluppo del paese mediante il più alto livello di tutela della salute*";

VISTO il DCA n°9, del 02/04/2015 avente ad oggetto " *Approvazione documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete delle Emergenza urgenza e delle reti tempo di dipendenti*", che consente, tra l'altro, di recuperare risorse da destinare anche alla rete territoriale;

VISTO il Patto per la Salute per gli anni 2014/2016 ed, in particolare, il comma 8 dell'art.5 " *Assistenza territoriale*" che prevede incisivi interventi di riorganizzazione, sia della rete e del ruolo strategico dei Distretti sanitari, sia del sistema dell'Assistenza primaria, con l'istituzione della rete AFT/UCCP ed il suo orientamento verso la medicina d'iniziativa, per contribuire ad ottimizzare la risposta nell'assistenza territoriale per i soggetti affetti da patologia cronica che hanno scarsa necessità di accessi ospedalieri ma che richiedono interventi di tipo ambulatoriale o domiciliare nell'ambito di PDTA predefiniti e condivisi;

RITENUTO, pertanto, in ottemperanza alle previsioni di cui sopra, necessario procedere alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale dell'ASP di Crotone, così come descritto nell'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto.

PROPONE

Per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente riportati e confermati:

1. Di revocare la determina n.334 del 27/05/2011 e le delibere nn. 13 del 02/02/2010 e n. 260 del 27/05/2013;
2. Di istituire e recepire una nuova riorganizzazione dell'assistenza territoriale dell'ASP di Crotone, così come descritto nell'allegato n. 1, parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. Di trasmettere il presente atto al Dipartimento regionale Tutela della salute e Politiche Sanitarie all'indirizzo mail-pec: dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

Il Responsabile del Procedimento

D.ssa Maria Pompea Bernardi



Il Direttore ad interim del

Dipartimento Coordinamento Tecnico

Area Assistenza Distrettuale

Dr. Agostino Talerico



Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

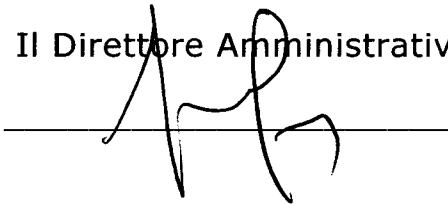
Vista la proposta di deliberazione che precede e che s'intende qui di seguito integralmente riportata e trascritta.

Ritenuto di condividerne il contenuto.

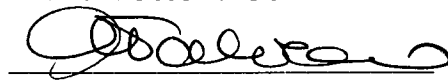
DELIBERA

di approvare la superiore proposta che qui s'intende integralmente riportata e trascritta per come sopra formulata dal Direttore della struttura proponente.

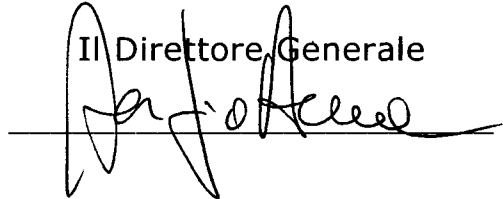
Il Direttore Amministrativo



Il Direttore Sanitario



Il Direttore Generale



UFFICIO AFFARI GENERALI
SEGRETERIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo pretorio dell'Azienda in data 02 MAR. 2016 con protocollo n. 024

Crotone lì, 02 MAR. 2016

Il Responsabile del procedimento

Valter Cosentino



Il Direttore U.O. Affari Generali

Il Direttore f.f. Ufficio

Affari Generali e Legali

Dr.ssa Anna GIORDANO



L'assistenza domiciliare

RIORGANIZZAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ASP CROTONE

Le cure domiciliari sono costituite da un insieme di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e assistenziali che vengono erogate direttamente a casa di quei cittadini che, per particolari **condizioni cliniche** o di **non autosufficienza**, non sono in grado di recarsi presso l'ambulatorio del proprio medico. È un modello di cura **alternativo al ricovero** in ospedale o in struttura residenziale, per permettere alla persona di rimanere il più possibile nel proprio **ambiente abituale di vita**.

Questa Azienda intende avere un'unica organizzazione di cure domiciliari per garantire univocità di comportamenti organizzativi aziendali.

La diversità delle forme di assistenza è legata alla tipologia e complessità del bisogno e all'intensità dell'offerta assistenziale; altri fattori discriminanti sono legati alle tipologie di prestazioni/interventi che sono erogati. In base alla complessità assistenziale, relativa alla natura del bisogno espresso esistono diverse tipologie di cure domiciliari:

Cure domiciliari integrate (A.D.I.): assicurano alle persone affette da patologie gravi, in condizioni di **non autosufficienza**, cure sanitarie presso il proprio domicilio. Si tratta di interventi di assistenza sanitaria e sociale che prevedono trattamenti medici, infermieristici, farmacologici, riabilitativi ed abilitativo-educativi prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di "fragilità", con patologie in atto o esiti delle stesse, finalizzati a stabilizzare il quadro clinico, a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Richiede la definizione di un **PAI (Piano Assistenza Individuale)**, basato su una valutazione globale di tutti i bisogni della persona (**valutazione multidimensionale**) stabilito dall'**UVM**. Comprende visite del medico di medicina generale e dei medici specialisti, prestazioni infermieristiche, riabilitative e di assistenza alla persona. Può essere attivato per consentire la continuità delle cure dopo un ricovero o essere proposto in alternativa al ricovero stesso, e prevede l'integrazione di diverse figure professionali, secondo un piano clinico concordato e sotto la responsabilità del medico di famiglia. È indispensabile la collaborazione dei familiari o di altre persone (come per esempio volontari) che si prendano cura del paziente (care-giver). La proposta di attivazione viene formulata dal medico di famiglia MMG/PLS, oppure direttamente dall'Ospedale. Possono essere di primo, secondo e terzo livello, attualmente sono garantite prioritariamente le cure di primo e secondo livello.

cure domiciliari programmate (C.D.P.): Si tratta di *interventi occasionali o a ciclo programmato* che costituiscono una risposta "prestazionale", professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o di tipo riabilitativo. Le prestazioni, ancorché siano ripetute nel tempo, rispondono quindi ad un bisogno sanitario che può essere definito "semplice" in quanto *non presuppone* né una valutazione multidimensionale né richiede una "presa in carico globale" della persona da parte di una équipe multi professionale. E' rivolta a pazienti non deambulanti, con particolari patologie croniche o invalidanti, che non sono in grado di recarsi o di

essere trasportati presso l'ambulatorio del medico. Tale tipologia di intervento è limitata nel tempo ed è in relazione alla terapia da effettuare. La proposta di attivazione viene formulata dal medico di famiglia, e valutata concordemente con il medico del back-office del PUA.

Cure domiciliari infermieristiche (C.I.D.): si tratta di prestazioni infermieristiche (medicazioni, terapie iniettive ecc.) rivolte a pazienti che, a causa di limitazioni fisiche e/o ambientali, non sono in grado di recarsi presso gli ambulatori del Distretto. La proposta di attivazione viene formulata dal medico di famiglia, e valutata concordemente con il medico del back-office del PUA.

Le CID comprendono:

Prestazioni infermieristiche estemporanee (P.I.E.) che sono prestazioni occasionali (prelievo ematico, elettrocardiogramma, eccetera) effettuate a soggetti per i quali non è prevista una presa in carico continuativa. La proposta di attivazione viene formulata dal medico di famiglia, e valutata concordemente con il medico del back-office del PUA.

Il Percorso Sanitario del paziente in assistenza domiciliare.

P.U.A. (Punto Unico di Accesso)

Il primo momento dell'integrazione è rappresentato dal **Punto Unico d'accesso (PUA)** dove la domanda viene "accolta", il bisogno viene "individuato" e viene effettuata la presa in carico della persona nel percorso di rete con un progetto personalizzato.

Al PUA competano sia funzioni di *front office* che di *back office*. Il **front office** assicura le funzioni di prima accoglienza, di informazione di primo livello e di orientamento; il **back office** funzionalmente collocato in staff al dipartimento territoriale, assicura l'unitarietà delle procedure, garantendo il necessario raccordo tra tutti i soggetti direttamente e/o indirettamente coinvolti nella presa in carico dell'utente.

L'attività di *front-office* rappresenta il primo contatto con il cittadino, capace di fornire risposte dirette a bisogni semplici. Il compito principale di tale organismo è:

- A) **orientare le richieste** dell'utente
- B) **dare informazioni** in merito alla funzionalità dell'ADI
- C) **istituire la pratica** in oggetto, spiegando la **modulistica** e controllando che sia **completa**;

L'attività di **back-office**, riferibile ad un bisogno di tipo complesso, rappresenta l'inizio della presa in carico, sostanzialmente avviata attraverso il colloquio, l'istruttoria tecnica della domanda, la decodifica e la prima valutazione del bisogno fatta in front-office.

- Il PUA *front-office* assicura adeguate informazioni sull'offerta dei servizi, anche a sostegno di una scelta consapevole dell'utente e/o della sua famiglia. I PUA front-office rimarranno in ogni area distrettuale e a seconda delle esigenze, sollevate dal dirigente preposto alla gestione ed organizzazione dello stesso, potranno essere aumentate o diminuite.
- Il PUA *back-office* è il punto di raccolta di tutte le segnalazioni del bisogno e delle richieste di intervento che possono derivare *dal medico di medicina generale*, dal pediatra di libera

scelta, dal responsabile dell'*Unità Operativa ospedaliera* all'atto della dimissione, dai *servizi sociali comunali*, direttamente dai familiari e/o da altri soggetti della rete informale anche favorendo l'integrazione tra le diverse figure professionali dell'équipe multi professionale.

- Nel caso in cui la segnalazione del bisogno sia effettuata da una figura **diversa** dal MMG, o dal PLS, il PUA dovrà trasmetterla tempestivamente a quest'ultimo per la presa incarico e la corretta identificazione del bisogno. Il PUA apre la cartella dell'assistito quale strumento di continuità dell'assistenza.
- Il PUA **back-office**, ubicato presso il Distretto di Crotone ma con uffici dislocati anche su Mesoraca e Cirò, valuta le istanze e, solo nei casi ove sia strettamente necessaria la valutazione multidimensionale, trasmetterà il fascicolo all'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) competente per territorio, la richiesta debitamente motivata dal medico o dall'infermiere, unitamente alla scheda SVAMA, (che sarà poi sostituita dalla SVAMDI).
- La scheda SVAMA (e/o SVAMDI), deve essere completa in ogni sua parte (ciascuna delle tre schede previste dal DPGR 12/2011, scheda di valutazione sanitaria, di valutazione cognitivo funzionale, scheda di valutazione sociale).
- Questo raccordo operativo con l'UVM è necessario per permettere al responsabile dell'UVM di gestire l'agenda, l'organizzazione dei lavori e la calendarizzazione delle sedute della stessa.

Nelle tipologie di intervento domiciliare a maggior impegno sanitario i percorsi di attivazione devono prevedere modalità operative snelle, soprattutto nei casi di post-acuzie e residenzialità, riservando ad una fase successiva la predisposizione del progetto personalizzato con i completamenti organizzativi e gestionali che si renderanno necessari. Allo scopo le strutture di ricovero e quelle residenziali territoriali attivano processi di integrazione con il Punto Unico d'Accesso per facilitare le dimissioni e concordare la semplificazione delle procedure burocratiche, prescrittive e certificatorie.

Nei casi in cui la persona sia ricoverata in una struttura ospedaliera o inserita in una struttura residenziale, la richiesta di valutazione multidimensionale viene inviata direttamente (con consenso dell'utente o di chi ha titolo) al Punto Unico di Accesso del Distretto di residenza almeno 4 giorni prima della data presunta di dimissione, con obbligo da parte dell'UVM di esprimere un parere entro tre giorni dalla richiesta, onde permettere la dimissione nei tempi previsti. L'UVM si rapporta con il team ospedaliero o della struttura residenziale per la definizione dei bisogni e del percorso. Qualora l'ospedale sia dotato di unità di valutazione autonoma, al fine di velocizzare l'attivazione dell'assistenza domiciliare, procederà con valutazione immediata e produzione del P.A.I., che trasmetterà direttamente agli uffici territoriali dell'UVM.

- La funzione più importante che il P.U.A. assume in questa ASP, riguarda **l'azione di filtro** delle domande ricevute. Il Medico e l'infermiere del P.U.A., sentito il MMG di riferimento del paziente, decide quali sono le pratiche da inviare all'U.V.M. per avviare l'ADI di primo o secondo livello e quali le pratiche da inviare all'A.D.P., al SID e al P.I.E., queste ultime direttamente dipendenti, per l'attivazione, dal responsabile PUA.
- Il PUA utilizza il personale già esistente nelle varie aree distrettuali presenti dell'ASP, che verrà coordinato dal responsabile designato.

MMG/PLS. [art 53, allegati G ed H, A.C.N.]

Il MMG/PLS, assume ruolo centrale in quanto, unico responsabile del percorso clinico del Paziente, partecipa a tutte le fasi del processo assistenziale: dalla valutazione multidimensionale della persona alla pianificazione ed attuazione degli interventi. Collabora con l'UVM, e con il responsabile distrettuale delle cure domiciliari, assumendo la responsabilità clinica dei processi di cura. Il MMG/PLS viene sentito dal medico del P.U.A. per favorire l'azione di filtro delle domande da inviare all'U.V.M.

U.V.M.

La U.V.M. è coordinata da un dirigente medico, la cui funzione è di raccordo con il dirigente del PUA, con il MMG e il referente ADI, ed è in staff con la Dipartimento Territoriale. Il coordinatore medico è responsabile dell'immissione dei dati dei verbali e dei PAI prodotti dall'UVM nei flussi SIAD e FARR, tramite personale dedicato.

L'UVM è un'équipe multi professionale di tipo funzionale, nella quale è previsto anche il contributo dello specialista o degli specialisti competenti in relazione alle patologie della persona da valutare. Indispensabile e centrale è il ruolo del MMG.

L'UVM assolve essenzialmente alle seguenti funzioni:

- valuta i bisogni sanitari e sociosanitari complessi, compresi i bisogni riabilitativi eseguibili in regime di ricovero.
- fornisce le risposte a detti bisogni elaborando il Progetto Assistenziale Individualizzato, necessario per garantire alla persona un percorso assistenziale nella rete dei servizi tenuto conto delle condizioni familiari e relazionali, della documentazione sociale e sanitaria, delle indicazioni specialistiche, delle schede di valutazione, di altra documentazione acquisita, e quindi definisce:
 - ✓ l'entità e la natura del bisogno di assistenza domiciliare integrata (profilo di cura);
 - ✓ le modalità erogative degli interventi;
 - ✓ Garantisce il monitoraggio dei PAI prodotti;

Si configura, pertanto, come un'équipe multi professionale, a composizione variabile in relazione al bisogno della persona. Risulta costituito da :

- il Direttore del Distretto Socio-Sanitario o suo delegato,
- Assistente Sociale del Distretto,
- il Medico di Medicina Generale o, nel caso di minori, il Pediatra di Libera Scelta di riferimento dell'assistito,
- il medico specialista di riferimento (geriatra, neurologo, fisiatra, psichiatra, neuropsichiatra infantile, ecc.),
- l'assistente sociale del Comune o dell'Ambito Territoriale di residenza dell'assistito.
- l'infermiere professionale,

Sono comunque componenti irrinunciabili il Direttore del Distretto o suo delegato, il Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta, e l'Assistente Sociale.

a) Attivazione della UVM

Viene attivato tramite segnalazione formale, come su detto, dal PUA.

b) Convocazione dell'UVM

Il dirigente Medico Responsabile dell'UVM, calendarizza le sedute della commissione, attraverso modalità di convocazione definite di concerto con il Direttore di Distretto, ed il responsabile del PUA.

c) Periodicità degli incontri dell'UVM

L'UVM, di norma, si riunisce due volte la settimana, di cui una volta è fissa, l'altra variabile a secondo delle richieste e comunque, con una periodicità che deve consentire la conclusione degli adempimenti di competenza entro il termine massimo di 20 giorni dalla segnalazione del caso.

Laddove si renda necessario, perché in presenza di una lunga lista di attesa, la seconda riunione settimanale potrebbe essere dedicata alla valutazione della residenzialità, fino a smaltimento della suddetta lista d'attesa. L'équipe multi professionale della UVM svolge, di norma, le attività connesse alla valutazione multidimensionale dei casi in agenda, negli orari ordinari d'ufficio, essendo tale attività parte integrante delle funzioni ordinarie assegnate alla struttura, nonché attività essenziale per l'esigibilità dei LEA a carattere sociosanitario.

d) Competenza territoriale dell'UVM

Nel caso in cui l'UVM, d'intesa con il paziente e la sua famiglia, definisca un ricovero presso struttura residenziale operante in un territorio diverso da quello di provenienza, le eventuali attività di aggiornamento e verifica previste dal Progetto Assistenziale Individualizzato vengono svolte dalla UVM del territorio di appartenenza del paziente (che ha redatto il PAI).

e) Compilato il PAI, l'UVM provvederà alla archiviazione elettronica dei documenti, e alla successiva notifica ai servizi interessati ed agli aventi diritto. Attiverà direttamente l'ADI, e programmerà il monitoraggio dei singoli casi.

Curerà inoltre la trasmissione dei flussi informativi, anche attivando il referente unico Territoriale dei Flussi.

A.D.I.

L'ADI avrà come referente l'infermiere territoriale, con responsabilità organizzativa del processo assistenziale, fermo restando la responsabilità clinica diagnostica e terapeutica dell'MMG e PLS. L'infermiere territoriale è altresì responsabile del monitoraggio degli ausili e della protesica, e della restituzione degli stessi, cessato il bisogno iniziale, nonché dell'inserimento dei dati di governo assistenziale dei pazienti nel flusso SIAD tramite il personale infermieristico responsabile del processo assistenziale del singolo paziente.

L'infermiere territoriale avrà anche la *responsabilità di decidere i tempi di fornitura* dei presidi farmaceutici e terapeutici.

Nell'ambito delle cure domiciliari integrate si individuano due livelli assistenziali:

- ADI di **primo livello**: prestazioni di base che necessitano della presenza del MMG e dell'infermiere distrettuale oltre che del care-giver ; vi si rivolgono persone che presentano bisogni con medio - basso livello di complessità.
- ADI di **Secondo livello**: prestazioni che necessitano della presenza oltre che del MMG e dell'infermiere, anche dello specialista. Vi si rivolgono persone che presentano bisogni con un elevato livello di complessità e con criticità specifiche legate alla instabilità clinica e alla presenza di sintomi di difficile controllo.

Entrambi necessitano comunque di continuità assistenziale e gli interventi programmati, al domicilio, multi professionali si articolano su 5 giorni (primo livello), o 6 giorni (secondo livello); - si caratterizzano per la formulazione di un Piano Attuativo degli Interventi (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale, alla necessità del paziente e dalla presa in carico multidisciplinare e multi professionale globale.

Dal punto di vista organizzativo l'Assistenza Domiciliare Integrata è caratterizzata da un modello organizzativo di rete che non può prescindere dall'integrazione socio-sanitaria riguardante tutte le fasi dell'intervento assistenziale:

- La valutazione multidimensionale
- La progettazione personalizzata (PAI)
- La programmazione ed erogazione degli interventi
- La valutazione dei risultati.

Organizzazione delle attività ADI

Il PAI è lo strumento attraverso il quale i diversi soggetti che concorrono a costruire la rete dei servizi alle persone nell'ambito di ciascun distretto socio sanitario, determinano obiettivi e priorità dell'assistenza domiciliare integrata, in attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza riferiti alle necessità del paziente sul territorio.

La pianificazione e la programmazione dell'assistenza domiciliare integrata deve essere coerente e sinergica con gli altri livelli di programmazione socio sanitaria, sia regionali sia aziendali, e le relative progettualità, secondo le seguenti indicazioni:

- sostenere la domiciliarità nella cura e assistenza a persone non autosufficienti e "fragili" migliorando la qualità di vita degli stessi;
- stimolare e sostenere la capacità di auto cura dell'individuo e care-givers;
- ricercare le sinergie e le collaborazioni con i diversi soggetti del sistema sociale locale;
- facilitare l'implementazione dei percorsi assistenziali sociosanitari territoriali.

Il direttore del Distretto, deve perseguire gli obiettivi di cui sopra, attraverso la predisposizione di linee guida e protocolli assistenziali omogenei per standardizzazione della qualità dei servizi e delle prestazioni rese dalle unità operative distrettuali.

Il Direttore del distretto deve programmare annualmente la formazione di tutti gli operatori inseriti in questo processo.

Valutazione e dimissione di ogni singolo caso

Al MMG/PLS ed All'Infermiere di riferimento compete la compilazione della cartella clinica dei singoli pazienti in ADI, nella quale sono registrate tutte le attività assistenziali, e cliniche terapeutiche svolte a domicilio della persona: tutti gli operatori coinvolti devono utilizzare la suddetta cartella registrando i loro interventi e controfirmando. La cartella è a casa del paziente e deve rimanere sempre a casa del paziente.

In relazione alla durata del PAI la presa in carico del paziente può essere:

- a breve termine (da 15 a 30 giorni);
- a medio termine (fino a circa 30-60 giorni);
- a lungo termine (fino a 60-90 giorni ripetibili).

Il programma proposto dalla UVM dovrà contenere la previsione di massima del successivo percorso di rete per l'assistito. Qualora allo scadere dei tempi previsti si rendesse necessario prolungare l'assistenza, l'UVM si deve esprimere almeno tre giorni prima dalla data di scadenza del termine del piano Attuativo degli interventi per dare modo al responsabile dell'UVM di adire per tempo.

In prossimità del termine infatti, o negli altri casi previsti, l'UVM avrà il compito di valutare il raggiungimento degli obiettivi indicati nel progetto di assistenza e di stabilire il successivo percorso assistenziale.

La documentazione clinico-assistenziale e ogni altra informazione utile, contenuta nella cartella clinica ospedaliera o di strutture residenziali di provenienza, dovrà essere resa accessibile all'UVM, sia Ospedaliero che territoriale, al fine di garantire la continuità del percorso clinico assistenziale. La condivisione della documentazione attraverso strumenti informatici, oltre che assicurare tale opportunità, dovrà rispettare le norme sulla sicurezza dei dati.

La **dimissione** può avvenire, oltre che per decesso o per ricovero ospedaliero urgente, nei seguenti casi:

- per scadenza del Piano Attuativo degli Interventi;
- per miglioramento e passaggio a forme di assistenza meno intense (ADP, ecc);
- per necessità di trasferire il paziente in struttura protetta a causa del venir meno delle condizioni socio ambientali o sanitarie che consentono di mantenerlo al domicilio.

La dimissione viene effettuata dall'UVM, con comunicazione al responsabile del PUA, al Direttore di Distretto e al MMG/PLS.