

Corso di formazione
I servizi sociosanitari nella legislazione nazionale e della regione Marche

Legislazione sociosanitaria La normativa della regione Marche

16 marzo 2010

Fabio Ragaini

Gruppo Solidarietà - www.grusol.it

Le indicazioni nazionali e la situazione nella nostra Regione

- La regione deve interpretare e applicare le norme
- Aree (disabilità, anziani, ecc..) e regimi (domiciliare, diurno, residenziale)
- Servizi sanitari, sociosanitari, sociali

Compiti delle Regioni (DPCM 14.2.2001)

Art. 2. Tipologia delle prestazioni

L'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidisciplinari. **Le Regioni disciplinano le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati.**

Art. 4. Principi di programmazione e di organizzazione delle attività

Nell'ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari (la Regione) determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento, tenendo conto di quanto espresso nella tabella allegata.

Svolge attività di vigilanza e coordinamento sul rispetto di dette indicazioni da parte delle aziende sanitarie e dei comuni al fine di garantire uniformità di comportamenti a livello territoriale.

Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti.

La Regione emana indirizzi e protocolli volti ad omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale.

Art. 5. Criteri di finanziamento

Nella ripartizione delle risorse del Fondo per il servizio sanitario regionale con il concorso della Conferenza di cui all'art. 3, comma 1, tengono conto delle finalità del presente provvedimento, - definisce i criteri per la definizione della partecipazione alla spesa degli utenti in rapporto ai singoli interventi, fatto salvo quanto previsto per le prestazioni sanitarie dal decreto legislativo n. 124 del 1998 e per quelle sociali dal decreto legislativo n. 109 del 1998 e successive modifiche e integrazioni.

REGIONE MARCHE

ASSISTENZA SOCIALE

l. r. 43/88 e Modifiche
+
Leggi di settore

Piano sociale 2000-02
↓
Piano sociale 2008-10

ASSISTENZA SANITARIA

l. r. 22/94
l. r. 26/96
l. r. 13/03

Piano sanitario 2003-06
↓
Piano sanitario 2007-09

Piano sociale 2000-02

↓
PROVVEDIMENTI ATTUATIVI

↓
Piano sociale 2008-10

Piano sanitario 2003-2006

↓
PROVVEDIMENTI ATTUATIVI

↓
Piano sanitario 2007-09

Strutture e servizi sanitari - sociosanitari - sociali

↓
AUTORIZZAZIONI

↓
l. r. 20/2002

+ atti attuativi

↓
l. r. 20/2000

Il percorso sanitario e sociosanitario

- L.R., 20/2000, Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private
- D.G.R., 2090/2000, Determinazione degli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture sanitarie o socio sanitarie o di capacità produttive delle stesse
- D.G.R., 2200/2000, Determinazione dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e sociosanitarie
- D.G.R., 1889/2001, Determinazione dei requisiti richiesti per l'accREDITAMENTO e la classificazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie
- D.G.R., 1789/2009, Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche

D.G.R. 1789/2009, Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche

I servizi ospedalieri

Abbiamo 6496 posti (4.18 per mille abitanti)

- Acuti: 5629 (3.62 per mille)
 - Riabilitazione - lungodegenza: 867 (0,56 per mille).
- Riabilitazione: 360 (0,23 per mille); L.degenza: 507 (0,33 per mille)

Obiettivi. Ridurre il complessivo a 4 per mille: 3,3 per acuti e 0,7 per riabilitazione lungodegenza

Quindi: totale 6.200 posti (-300); Acuti da 5637 a 5124 (-513)
Riabilitazione - lungodegenza: da 867 a 1086 (+ 220)
Riabilitazione: + 180. Lungodegenza: + 40

D.G.R. 1789/2009, Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche

Quelli extraospedalieri

(le strutture sono quelle della legge 20/2000, non della legge 20/2002)

- **Riabilitazione** (RSR int/est - Unità speciali residenziali)
- **Disabili** (RSA disabili - Centri diurni)
- **Anziani** (RSA anziani - Centri diurni)
- **Salute mentale** (SPDC, Srt, Srr, CP, - Centri diurni)

**Quali strutture sanitarie e
socio-sanitarie**

- ospedalieri (acuti e riabilitazione lungodegenza)
- extraospedalieri (residenziali e diurne)
- ambulatoriali

Strutture extraospedaliere

- Strutture di riabilitazione intensiva ed estensiva (Residenze sanitarie riabilitative)
- Rsa disabili
- Centro diurno e day hospital psichiatrico
- Strutture residenziali psichiatriche
- Strutture residenziali per tossicodipendenti
- RSA anziani (comprese demenze)
- Case alloggio per malati AIDS,
- Hospice

Altre strutture normate non sono più previste o sono state riclassificate dal successivo PSR (RST, NAR,)

Il percorso sociale e socio-sanitario

- **L.R. 20/2002**, *Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale*
- **Regolamento regionale 1-2004**, *Disciplina in materia di autorizzazione delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale*
- **Regolamento regionale 3-2006**, *Modifiche al R.R. 1/2004 in materia di autorizzazione delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale*

***Le strutture ed i servizi
Classificazione secondo due principi***

- A) Destinatari: Minori, Disabili, Anziani, Persone con problematiche psicosociali
B) Natura del bisogno, intensità assistenziale e complessità dell'intervento:
- strutture con funzione abitativa e di accoglienza educativa;
 - strutture con funzione tutelare;
 - strutture con funzione protetta

Regione Marche. Strutture sociali soggette ad autorizzazione			
Soggetti destinatari	Strutture con funzione abitativa e di accoglienza educativa	Strutture con funzione tutelare	Strutture con funzione protetta
Minori	Comunità familiare	Comunità educativa	
		Comunità di pronta accoglienza	
		Comunità alloggio per adolescenti	
Disabili	Comunità alloggio	Comunità socio-educativa-riabilitativa	Residenza protetta
			Centro diurno socio-educativo-riabilitativo
Anziani	Comunità alloggio	Casa di riposo	Residenza protetta
	Casa albergo		Centro diurno
Persone con problematiche psico-sociali	Comunità alloggio	Casa famiglia	
	Comunità familiare	Centro di accoglienza per ex detenuti	
	Alloggio sociale per adulti in difficoltà	Casa di accoglienza per donne vittime di violenza o tratta	
	Centro di pronta accoglienza per adulti		

Come si accede ai servizi?

- **Anziani** (Unità valutativa distrettuale integrata)
- **Disabili** (Unità multidisciplinare età evolutiva e adulta)
- **Salute mentale** (Dipartimento salute mentale)

Anziani non autosufficienti L'unità valutativa integrata (UVI)

- **La valutazione.** Fatte salve le situazioni urgenti, gli interventi di assistenza e di cura socio-sanitari vengono disposti sulla base della formulazione di una valutazione a cura dell'UVD. Questa si compone nella sua configurazione minima del Medico di distretto, MMG, Infermiere professionale, Assistente Sociale dell'Ambito territoriale e generalmente il Geriatra (P.S.R. 2003/2006 pag. 81), ognuno dei quali ha facoltà di richiedere l'intervento di specialisti delle discipline sanitarie (su richiesta del MMG) o sociali (su richiesta dell'A.S.). L'UVD si avvale di strumenti di: valutazione clinico-funzionale; strumenti ADL e IADL; Scheda di valutazione sociale; inoltre, se necessario, di mini mental test.
- **Costituzione.** Le modalità organizzative dell'UVD sono quelle già indicate nelle linee guida per l'ADI, ma deve essere confermata e rafforzata nel ruolo la presenza delle componenti di servizio sociale.

Anziani non autosufficienti L'unità valutativa integrata (UVI)

- **Quando è necessario il passaggio attraverso l'UVD.** L'UVD è responsabilmente attivata dagli operatori di base (MMG o Assistente Sociale) quando si rende necessaria una valutazione di tipo specialistico in presenza di situazioni complesse.
- **La progettazione - percorso.** L'esito della valutazione prodotta dalla UVD si sostanzia in:
 - **punteggio di non autosufficienza**
 - **valutazione multidimensionale** che orienta la richiesta di prestazioni ed al tempo stesso la definizione del regime (setting operativo) più idoneo alle esigenze dell'utente
 - **valutazione delle capacità assistenziali da parte del nucleo familiare** (Indice COPE o simili), al fine di verificare la consistenza della rete di supporto.
- **Il progetto stilato dall'UVD definisce il percorso di assistenza e di cura, le figure responsabili, i servizi che provvedono alle prestazioni, la durata del percorso stesso.**

Anziani non autosufficienti L'unità valutativa integrata (UVI)

- **Il monitoraggio dei percorsi assistenziali.** Il progetto definisce altresì i tempi e le responsabilità di monitoraggio del percorso assistenziale e le scadenze di conferma o di revisione del percorso stesso.
- **Il ventaglio dei servizi.** Individuate le necessità terapeutico-assistenziali, l'UVD definisce, sulla base della valutazione del profilo di autonomia individuale, di autonomia sociale e considerando le risorse effettivamente disponibili, **il più corretto regime di erogazione delle prestazioni necessarie.**

Disabili. L'Umee/a

La composizione

- **UMEE**
 - Neuropsichiatra infantile
 - Psicologo
 - Pedagogista
 - Assistente sociale
 - Tecnici della riabilitazione
 - Altri consulenti

Disabili. L'Umee/a

La composizione

- UMEA
 - Neurologo
 - Fisiatra
 - Psicologo
 - Sociologo
 - Assistente sociale
 - Tecnici della riabilitazione
 - Altri specialisti e operatori

Funzioni UMEE

- a) informazione, educazione sanitaria e attività di prevenzione;
- b) consulenza e sostegno, anche psicologico, della famiglia;
- c) collaborazione con enti ed istituzioni;
- d) interventi per la cura e la riabilitazione precoce della persona in situazione di handicap;
- e) individuazione dell'handicap e compilazione della diagnosi funzionale; collaborazione con gli operatori della scuola e i genitori per l'elaborazione del profilo dinamico funzionale nonché del piano educativo individualizzato;
- f) verifica del progetto educativo ai fini dell'inserimento sociale, scolastico e nelle strutture che favoriscono l'integrazione della persona in situazione di handicap;
- g) controlli periodici per una valutazione globale in itinere sull'andamento del soggetto nelle fasi evolutive dal punto di vista clinico, relazionale, delle capacità residue e delle potenzialità di apprendimento.

Funzioni UMEA

- a) collaborazione con l'UM per l'età evolutiva
- b) valutazione clinica della persona attraverso l'esame dell'iter diagnostico e terapeutico già percorso, allo scopo di definire le esigenze sanitarie della stessa sia a livello iniziale che di monitoraggio successivo
- c) valutazione psicologica...allo scopo di stabilire e quantificare i deficit presenti, le potenzialità residue, le abilità acquisite e poter così elaborare un progetto educativo individualizzato, in collaborazione con gli operatori sociali;
- d) valutazione sociale al fine di mediare il contatto con la famiglia e con le altre figure significative
- f) consulenza e sostegno alle famiglie
- g) collaborazione funzionale con centri impiego, comitato tecnico, enti locali ai fini di un efficace inserimento lavorativo
- i) collaborazione con il servizio psichiatrico per i casi di confine

In sostanza: La funzioni delle UM

- VALUTAZIONE e PRESA IN CARICO
- PROGETTAZIONE
- MONITORAGGIO E VERIFICA
- CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il sistema delle cure domiciliari Linee guida (DGR 606-2001)

Le forme di Assistenza Domiciliare integrate, ad elevata intensità assistenziale e che impongono una modalità di lavoro integrato sono:

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

il cui livello operativo è territoriale, distrettuale (ai sensi dell' Art.20 punto 3 della L.R.17.07.96 n.26 l'ADI costituisce una funzione/attività propria del Distretto Sanitario) e può comprendere qualsiasi forma di assistenza a domicilio sia sanitaria che socio-assistenziale, comprese le cure domiciliari oncologiche.

Ospedalizzazione Domiciliare (OD)

che richiede il raccordo operativo tra il livello ospedaliero, quello distrettuale e quello dell'Ambito Territoriale (ad esempio la terapia trasfusionale domiciliare).

ADI : IL "PACCHETTO ASSISTENZIALE" MINIMO

Assistenza Infermieristica Domiciliare (AID)

Nell'ambito dell'ADI il servizio di assistenza infermieristica domiciliare dovrà assicurare almeno i seguenti standard minimi orario:

dal Lunedì al Venerdì: 6 ore di mattina - 3 ore di pomeriggio
Sabato e prefestivi: 6 ore di mattina

Per casi individuati dall'Unità di Valutazione del Distretto, in particolare per i pazienti oncologici in fase critica e/o terminale, i pazienti in trattamento antalgico, i pazienti con respiratore automatico e i pazienti in condizioni assimilabili, **il servizio di assistenza infermieristica domiciliare dovrà essere garantito nei giorni festivi e prefestivi almeno per interventi programmati o di emergenza.**

Assistenza medico-generica (AMG) e pediatrica di base (APB) programmate

Il Medico di Medicina Generale (o pediatra di libera scelta) è il responsabile primario dell'assistenza. Il medico di medicina generale, fa parte sia dell'équipe valutativa che costituisce l'UVD, sia dell'équipe operativa che è chiamato a coordinare in veste di capo-équipe.

Assistenza medico-specialistica (AMS)

• Ogni ASL dovrà garantire, su richiesta del medico di medicina generale, l'attivazione degli specialisti ospedalieri e poliambulatoriali sul progetto alla persona definito dall'UVD, con consulti a domicilio di tutte le branche specialistiche potenzialmente interessate. Nell'ambito della disponibilità di tutte le discipline specialistiche, poliambulatoriali e ospedaliere, lo standard minimo deve prevedere la possibilità di interventi/consulti specialistici a domicilio almeno per le seguenti branche:

- geriatria
- fisiatria
- cardiologia
- chirurgia
- algologia/anestesia
- neurologia
- oncologia
- psicologia

Assistenza riabilitativa domiciliare (ARD)

Nell'ambito dell'ADI il servizio di assistenza riabilitativa domiciliare deve assicurare i seguenti standard minimi

Consulenze fisiatriche a domicilio per

- Valutazione fisiatrica delle necessità riabilitative
- Stesura del piano di trattamento riabilitativo a domicilio
- Visite di verifica dell'andamento del piano di trattamento riabilitativo
- Prescrizione di protesi ed ausili

Prestazioni di riabilitazione e recupero funzionale (fisioterapisti)

dal Lunedì al Venerdì: 6 ore di mattina - 3 ore di pomeriggio
Sabato e prefestivi: 6 ore di mattina

Le prestazioni del sistema degli interventi e dei servizi sociali

Le possibili prestazioni sociali

- Prestazioni professionali di carattere sociale, psicologico, educativo;
- Visite programmate dell'assistente sociale;
- Affidamenti familiari di minori, anziani, portatori di handicap, malati, per periodi da definire in base alle esigenze del nucleo familiare.
- Attività di cura delle persone e della loro abitazione in caso di ridotta o totale non autosufficienza,
- Attività di supporto educativo;
- Attività amministrative quali certificazioni, denuncia dei redditi, domande di pensione, ecc.
- Accompagnamento dal domicilio a servizi sociali, sanitari, formativi.
- Organizzazione dei servizi di trasporto verso servizi, scuola, luoghi di lavoro.
- Pasti a domicilio

Fornitura di farmaci e materiale sanitario

Per tutti i pazienti inseriti nell'ambito delle cure domiciliari, dovrà essere prevista la fornitura diretta e/o la somministrazione di prodotti farmaceutici d'uso per l'assistenza infermieristica da utilizzare a domicilio, da parte dei servizi di farmacia dei presidi ospedalieri delle Aziende USL, con oneri a totale carico dell'Az. USL stessa.

Fornitura diretta di materiale sanitario per le cure infermieristiche, protesi, ausili e presidi sanitari, su richiesta del medico di medicina generale validata dall'UVD. E' auspicabile che il distretto abbia la disponibilità di un magazzino fornito degli ausili di più largo uso al fine di garantire l'immediata disponibilità.

ADI: PROFILO DEL "RESPONSABILE DEL CASO" (O "CASE MANAGER")

Il "Responsabile del caso" è un operatore che si assume la responsabilità del controllo dell'attuazione degli interventi previsti nel programma assistenziale personalizzato (è il garante del piano assistenziale individualizzato). E' colui che ha in mano il controllo della fase operativa dell'ADI, verificando chi ha fatto che cosa, con quale frequenza, in che modo, in che tempi, ecc..

Rappresenta anche il primo riferimento "organizzativo" per l'assistito, la sua famiglia operatori dell'équipe assistenziale. Il responsabile del caso tutela indirettamente l'assistito poiché tutelando il piano assistenziale e individualizzato si fa garante della modalità di lavoro per obiettivi e quindi del raggiungimento degli obiettivi assistenziali stessi.

**IL SISTEMA INTEGRATO PER I SERVIZI E
INTERVENTI DOMICILIARI**
coordinamento, organigramma e funzionigramma

- a) Il Comitato di Coordinamento
- b) Un Medico Responsabile delle cure domiciliari per ogni distretto
- c) Una Unità Valutativa per ogni Distretto
- d) Un nucleo operativo per le cure domiciliari per ogni distretto
- e) Una Segreteria organizzativa per il Sistema delle Cure Domiciliari per ogni Distretto

Unità valutativa distrettuale (UVD) - 1

L'Unità Valutativa di ogni Distretto è costituita da

- **Medico responsabile delle cure domiciliari** (coordinatore/responsabile dell'UVD);
- Medico di Medicina Generale curante dell'assistito (Responsabile clinico del paziente);
- Infermiere professionale (Responsabile delle cure infermieristiche);
- Assistente sociale referente del caso dei Servizi Sociali dell' Ambito Territoriale.

Per la segreteria organizzativa, l'UVD si avvale di un operatore tecnico. L'Unità Valutativa è integrata di volta in volta da altre figure professionali, sanitarie e sociali, specialiste del settore: medici specialisti, tecnici della riabilitazione, medico ospedaliero in caso di dimissione protetta, psicologo, educatore professionale. Per i pazienti ultra sessantacinquenni, lo specialista di riferimento è il geriatra.

Unità valutativa distrettuale (UVD) 2

L'Unità Valutativa è "... un'équipe professionale, con competenze multidisciplinari, che sia in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi 3 e con il compito di "b) rilevare e classificare le condizioni di bisogno per poter disegnare il percorso ideale di trattamento del paziente (Legge Regionale 34-98 - PSR 1998/2000 - paragrafo 4.2.3.3).

Costituisce in sostanza il filtro della domanda e ha il compito di identificare per ciascun soggetto la soluzione assistenziale più adatta tra quelle disponibili o indicare altri percorsi assistenziali. Per poter svolgere tali compiti, l'UVD si relaziona costantemente con i servizi territoriali e con gli Uffici di Promozione Sociale presenti nel distretto.

Unità valutativa distrettuale (UVD) 3

Spettano in particolare all'Unità Valutativa i seguenti compiti:

- Valutazione dell'autosufficienza dei pazienti da ammettere all'ADI;
- Valutazione Multi Dimensionale (VMD) dei bisogni assistenziali dei pazienti e dei loro nuclei familiari (il piano assistenziale deve essere condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto)
- Ammissioni e dimissioni relative all'ADI;
- Definizione del percorso assistenziale del paziente nel sistema residenziale;
- Elaborazione del Piano Assistenziale Individuale Personalizzato comprendente:
 - a) gli obiettivi assistenziali da raggiungere;
 - b) le modalità di raggiungimento degli obiettivi assistenziali,
 - c) la tipologia degli interventi;
 - d) la frequenza degli accessi dei singoli operatori MMG, infermiere, fisioterapista, operatore socio sanitario, ecc.)
 - e) la durata presumibile degli interventi assistenziali

Unità valutativa distrettuale (UVD) 4

- Elaborazione del Piano di Lavoro dei singoli componenti dell'équipe operativa assistenziale tempi e luoghi dell'intervento, turni, orari di accesso
- Verifica dell'andamento del Piano Assistenziale
- Discussione in gruppo degli eventuali problemi emersi nel corso dell'assistenza
- Individuazione del responsabile del caso ("... La UVD al termine di una valutazione multidimensionale individua la figura professionale - responsabile del caso o case manager - che sarà il punto di riferimento del cittadino nel percorso individuato, PSR 1998-2000)

**ADI
INTEGRAZIONE DISTRETTO- OSPEDALE**

L'integrazione distretto/ospedale si realizza attraverso:

- la dimissione protetta
- la condivisione di risorse (ospedaliere e territoriali) quando utile/necessario/possibile
- la realizzazione di percorsi preferenziali per la diagnostica e le urgenze
- la condivisione di procedure riguardanti il percorso assistenziale
- la comunicazione reciproca
- appositi accordi (tra Az.USL e Az. Ospedaliera oppure tra Distretto e Presidio Ospedaliero della medesima ASL)

ADI INTEGRAZIONE DISTRETTO-OSPEDALE -2

Obiettivi della dimissione protetta sono:

- riduzione o eliminazione di ingiustificati prolungamenti della degenza ospedaliera
- eliminazione di “dimissioni selvagge”
- riduzione o eliminazione dei ricoveri ripetuti
- mantenimento della continuità assistenziale
- integrazione dell'ospedale con la rete assistenziale territoriale (domiciliare e residenziale)
- mantenimento / miglioramento della qualità della vita dell'assistito.

ADI INTEGRAZIONE DISTRETTO-OSPEDALE -3

Si realizza con la dimissione di pazienti critici non stabilizzati ma comunque con i requisiti di ammissione in ADI o con quelli di ammissione in strutture residenziali extraospedaliere. La cartella clinica ospedaliera viene chiusa al momento della dimissione e il paziente viene preso totalmente in carico dal sistema delle cure territoriali con il medico di Medicina Generale come unico responsabile clinico del paziente. I momenti essenziali della stessa, da mettere in atto prima della dimissione, con un anticipo di almeno tre giorni rispetto alla data prevista di dimissione, sono

- l'esistenza di problemi complessi o la necessità di cure palliative
- l'analisi della capacità della famiglia di prendersi cura del proprio congiunto
- la programmazione partecipata degli interventi (piano di assistenza)
- la predisposizione delle risorse e delle procedure organizzative (chi fa che cosa, come, con quali mezzi, dove e quando; chi comanda su chi; chi è responsabile di che cosa)
- l'individuazione del/dei medico/i del reparto/divisione ospedaliera referente/i per la dimissione protetta stessa
- l'individuazione degli specialisti ospedalieri disposti ad effettuare consulenze a domicilio

ADI INTEGRAZIONE DISTRETTO-OSPEDALE -4

Il momento fondamentale per la programmazione delle attività da realizzare è costituito dall'incontro/comunicazione tra personale medico e infermieristico di reparto, operatori dell'assistenza domiciliare ed il medico di medicina generale. Ciò può essere realizzato in vario modo:

- **visita dell'infermiere territoriale** al reparto ospedaliero per la valutazione infermieristica;
- **accesso del medico di medicina generale al reparto visita dell'assistente sociale territoriale** al reparto ospedaliero per la valutazione sociale;
- **riunione di valutazione UVD / personale ospedaliero**
- **attuazione**, da parte del medico ospedaliero referente per la dimissione protetta, di un **contatto diretto con il medico di medicina generale** curante del paziente.