

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2010**L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo l'approccio economico-aziendale. Ha, inoltre, creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2010:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano (dati di struttura, di attività, di spesa e disavanzo).
- a livello regionale, indaga le determinanti dei risultati economico-finanziari; analizza i documenti di programmazione (Piani Sanitari Regionali e Piani di Rientro) e le caratteristiche dei sistemi di governo degli erogatori privati accreditati; presenta lo stato dell'arte sulle reti cliniche oncologiche; propone alcune considerazioni sull'equità interregionale.
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sugli assetti istituzionali, attraverso l'analisi dei possibili sistemi di *governance* delle aziende ospedaliero-universitarie e del ruolo attribuibile al Direttore Sociosanitario nelle ASL; dedica ampio spazio al tema delle relazioni con gli utenti, in termini di utilizzo delle risorse web istituzionali per lo sviluppo del *patient empowerment*, di gestione delle relazioni con la stampa, di ruolo e utilizzo della Carta dei Servizi; riapre il fronte degli strumenti per la valutazione dei medici del SSN; presenta un'indagine sulle modalità con cui le aziende ricercano l'integrazione ospedale-territorio; offre nuovi approfondimenti sui sistemi di contabilità analitica e sulle esperienze di *project finance*.

Elena Cantù si è laureata in *Economia Aziendale* presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in *Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche* presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è *lecturer* presso l'Università Bocconi. È *coordinatrice di OASI*.

Publicato con il contributo di

 **Boehringer
Ingelheim**

ISBN 978-88-238-5106-1



9 788823 851061

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2010

a cura di
Elena Cantù

Rapporto OASI 2010

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Prefazione di Elio Borgonovi e Francesco Longo

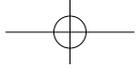
Elena Cantù

SDA Bocconi



CERGAS
CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 **Egea**



16 L'integrazione tra ospedale e territorio nelle Aziende Sanitarie¹

di Amelia Compagni, Fabrizio Tediosi e Valeria D. Tozzi²

16.1 Introduzione

Identificare ed attuare modalità innovative di erogazione dei servizi, per sviluppare collegamenti adeguati fra l'ambito ospedaliero e quello territoriale, è una delle sfide più importanti per i sistemi sanitari moderni (Cotter et al., 2002; Coleman e Berenson, 2004; Hofmarcher et al., 2007).

Il bisogno di una maggiore integrazione fra servizi ospedalieri e territoriali è dovuto a molteplici fattori fra i quali rientrano: l'invecchiamento della popolazione, che richiede servizi e competenze di natura assistenziale e socio-assistenziale per assistere pazienti frequentemente affetti da patologie croniche e/o da più patologie; l'evoluzione delle tecnologie diagnostiche, che consentono la diagnosi precoce di patologie ad elevato impatto sociale (come, ad esempio, quelle oncologiche – Capocaccia et al., 2002); la possibilità, offerta sia dal progresso tecnologico sia dalle nuove evidenze sull'efficacia dei servizi, nonché dalla spinta al contenimento dei costi, di spostare dalle strutture ospedaliere a quelle territoriali prestazioni ad elevata intensità assistenziale. Tali fenomeni impongono un ripensamento dell'intera rete di offerta dei servizi, sia ospedalieri sia territoriali, progettando strutture, professionalità e strumenti che:

- ▶ consentano di colmare il vuoto tra l'evento acuto e la gestione a domicilio del paziente;
- ▶ sviluppino modalità organizzative multidisciplinari anche al di fuori dell'ospedale;
- ▶ promuovano forme di allineamento e coordinamento tra professionisti con diverso background professionale.

¹ Il capitolo trae spunto dai risultati di una ricerca finanziata dal Ministero della Salute nell'ambito del progetto «SiVeAss – Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria».

² Gli autori hanno contribuito in eguale misura. Si ringraziano Stefano Tasselli, Stefania Mele, Beatrice Brivio e Clea De Luca per il contributo nell'analisi sistematica della letteratura e nella raccolta dei dati oggetto di elaborazione.

16.2 Obiettivi e metodi della ricerca

Questo capitolo, sintetizzando i risultati di uno studio realizzato dal CERGAS per il Ministero della Salute nel 2009, ha l'obiettivo di: 1) analizzare le politiche e le iniziative regionali tese a favorire l'integrazione fra l'ambito ospedaliero e quello territoriale; 2) mappare quali iniziative/strumenti/modelli gestionali per l'integrazione fra l'ambito ospedaliero e territoriale sono state avviate dalle ASL e qual è il loro livello di diffusione e maturità.

Per raggiungere il primo obiettivo, sono state svolte le seguenti attività:

1. Analisi documentale di:

- ▶ Piani Sanitari Nazionali (PSN, e più precisamente PSN 2001-2003, PSN 2003-2005, PSN 2006-2008 e la documentazione concernente l'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni dell'Accordo per la realizzazione degli obiettivi prioritari del PSN del Marzo 2009);
- ▶ Piani Sanitari Regionali (PSR, e i piani di rientro delle Regioni in disavanzo strutturale) attualmente vigenti;
- ▶ ulteriore documentazione regionale emersa dall'analisi dei PSR o dalle interviste con i referenti regionali.

2. Interviste semi-strutturate a referenti regionali responsabili dell'assistenza territoriale e/o ospedaliera, condotte telefonicamente o *de visu*. Sono state coinvolte le Regioni seguenti: Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Marche, Province di Trento e Bolzano, Lazio, Campania e Liguria. Le interviste hanno esplorato i seguenti aspetti:

- ▶ le principali linee di indirizzo regionali per l'integrazione ospedale-territorio (rilevanza del tema, obiettivi, strumenti);
- ▶ la governance (attori coinvolti, presenza di tavoli permanenti, principali strumenti di policy utilizzati);
- ▶ il livello di implementazione sul territorio regionale, le esperienze e i punti di forza e debolezza del modello regionale adottato.

Al fine di realizzare il secondo obiettivo, è stata effettuata una *survey*, attraverso la somministrazione di un questionario, delle iniziative adottate dalle ASL italiane per favorire l'integrazione fra ospedale e territorio. Il questionario, inviato a tutte le Direzioni Sanitarie delle ASL italiane, richiedeva informazioni relative a:

- ▶ l'elenco di iniziative volte a favorire l'integrazione fra ospedale e territorio rispetto a quelle rilevate in letteratura. Per ciascuna iniziativa è stato descritto il contenuto e proposta qualche esemplificazione allo scopo di ottenere risposte pertinenti e puntuali rispetto all'indagine. È stato poi chiesto al rispondente di indicare: a) se l'iniziativa è presente nella sua ASL; b) in caso affermativo, qual è il livello di diffusione e maturità (in termini o di numero

- di distretti dell'ASL in cui l'iniziativa è attivata, oppure di numero di strutture e di posti letto, oppure di unità di personale coinvolto nell'attività);
- ▶ la popolazione target per ciascuno strumento/iniziativa;
 - ▶ l'eventuale ulteriore descrizione qualitativa degli strumenti/iniziative adottati.

I questionari sono stati inviati per posta ordinaria ed elettronica nel mese di Luglio 2009. Due serie di *recall* telefonici sono stati condotti a Settembre e Ottobre dello stesso anno. Le informazioni raccolte con i questionari sono state inserite in un database, previa verifica della corretta compilazione del questionario attraverso sia controlli incrociati, sia interviste telefoniche con i rispondenti delle ASL per le quali era necessario ottenere chiarimenti.

16.3 L'integrazione fra ospedale e territorio nella letteratura internazionale

Nella letteratura internazionale il tema dell'integrazione presenta due prospettive interpretative: la prima prospettiva è quella dell'*intermediate care*, che ricopre tutte le aree di intervento intermedie tra l'ospedale ed il domicilio del paziente (Brooten et al., 1998; Steiner, 1998; Vaughan e Lathlean, 1999). Gli elementi caratterizzanti i servizi classificabili come *intermediate* sono: a) il contenuto non solo sanitario ma anche socio-assistenziale delle prestazioni erogate; b) il coordinamento multi-professionale. La seconda prospettiva interpretativa è quella della *transitional care*, che si concentra sulle modalità di raccordo e di passaggio del paziente fra i diversi ambiti di assistenza (Cotter et al., 2002; Coleman et al., 2004). In tal caso, la categoria concettuale si riferisce all'insieme delle azioni organizzative (più o meno formalizzate), dei progetti, dei ruoli professionali (es. *case manager*) coinvolti nella transizione dei pazienti dall'ospedale al territorio o viceversa ed atti a garantire la continuità delle cure.

Le due interpretazioni del concetto di integrazione non sono esclusive, ma interdipendenti. Infatti, se le soluzioni di *intermediate care* sono principalmente di natura strutturale, quelle di *transitional care* sono più tipicamente funzionali e riguardano il processo assistenziale e l'allineamento dei diversi saperi professionali rispetto alla gestione del singolo caso. I target di pazienti a cui i servizi *intermediate* e *transitional* si rivolgono sono principalmente: a) post acuti in dimissione dall'ospedale; b) cronici stabilizzati per i quali occorre un costante monitoraggio delle condizioni di salute da parte di operatori professionali; c) cronici in buone condizioni di salute capaci di forme sostanziali di auto-cura. Si tratta, quindi, di pazienti che rischiano di diventare frequenti utilizzatori dell'ospedale in assenza di una adeguata rete di servizi alternativi all'ospedale.

L'analisi della letteratura ha permesso di identificare 12 diverse tipologie di

Tabella 16.1 **Strumenti per l'integrazione ospedale-territorio inseriti nei questionari**

1. Triage telefonico: Istituzione di un servizio telefonico gestito da team infermieristici e volto a fornire brevi consulti 24 ore su 24 alla popolazione.
2. POSTI LETTO TERRITORIALI GESTITI DA MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PERSONALE INFERMIERISTICO: Si tratta di un numero limitato di posti letto presso strutture territoriali a disposizione dei Medici di Medicina Generale per pazienti che necessitano di un periodo limitato di assistenza/osservazione ma, che possono essere assistiti presso la struttura senza dover essere ricoverati in ospedale. I posti letto possono essere inseriti, ad esempio, in un ospedale di comunità o in un country hospital
3. GESTIONE DELLA FASE ACUTA A DOMICILIO MEDIANTE GRUPPI MULTIDISCIPLINARI: invio a domicilio di un team multidisciplinare che offre consulto immediato evitando ospedalizzazioni inappropriate (e spesso traumatiche). Il team organizza una presa in carico strutturata sulla base di un piano terapeutico individuale e integra l'offerta di servizi sul territorio. Esempio: team di gestione di crisi psichiatrica
4. STRUTTURE INTERMEDIE INTRA-OSPEDALIERE: unità all'interno dell'ospedale o in unità dedicate, il cui coordinamento è affidato a team infermieristici, con il medico specialista che svolge funzione di consulenza a fronte di specifici bisogni di assistenza e monitoraggio. La modalità assistenziale passa dall'elevata intensità di cura, tipica del ricovero ospedaliero, alla media intensità di cura
5. PROGRAMMI DI DIMISSIONE ASSISTITA/PROGRAMMATA: dimissione pianificata del paziente dall'ospedale con identificazione del percorso assistenziale successivamente alla dimissione
6. PROGRAMMI DI DIMISSIONE PROTETTA: dimissione pianificata del paziente fragile/vulnerabile dall'ospedale con identificazione delle modalità di presa in carico
7. PATIENT HOTEL: servizio gestito completamente da infermieri all'interno di apposite unità di tipo ambulatoriale e a bassa intensità assistenziale rivolto sia a pazienti dimessi da una struttura ospedaliera, sia a pazienti che attendono un ricovero ospedaliero programmato
8. PROGRAMMI DI OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE (detto anche hospital at home): servizi di assistenza domiciliare destinati a pazienti con livelli medio-alti di bisogno assistenziale, assistiti da team multidisciplinari presso il proprio domicilio
9. STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE DI RIABILITAZIONE POST-ACUTA
10. STRUTTURE AMBULATORIALI INTERMEDIE DI RIABILITAZIONE POST-ACUTA
11. CENTRI DI COMUNITÀ/POLIAMBULATORI SPECIALISTICI: strutture ambulatoriali per pazienti con bisogno assistenziale medio basso in cui sono presenti medici specialisti, MMG e infermieri
12. TEAM INFERMIERISTICI DI COMUNITÀ: team infermieristici che si recano a domicilio di pazienti spesso cronici, terminali o con esigenze riabilitative, offrendo servizi di diversa intensità assistenziale

strumenti/iniziative, tese a favorire l'integrazione tra ospedale e territorio (Tabella 16.1). Sulla base di questa ricognizione è stato disegnato il questionario somministrato a tutte le ASL.

La letteratura, inoltre, ha permesso di comprendere come la valutazione dell'impatto di queste iniziative sia ancora difficile da svolgere e come persistano forti lacune sull'evidenza a sostegno della loro efficacia (Shepperd et al., 1998; Griffiths et al., 2007; Shepperd et al., 2008; Shepperd et al., 2009a; Shepperd et al., 2009b). Negli studi pubblicati le principali dimensioni per la valutazione dell'impatto di queste iniziative sono:

1. gli esiti clinici (la mortalità, la morbilità e la disabilità);
2. gli indicatori di processo (il numero dei ricoveri ripetuti, la lunghezza della degenza, il ricovero in strutture di lungo-degenza come le RSA);
3. la soddisfazione del paziente;
4. i costi dell'assistenza.

La maggior parte degli studi mostrano effetti minimi delle singole iniziative, ad indicare che la combinazione delle stesse è probabilmente l'elemento rilevante da considerare. Per questo motivo, in questo studio oltre ad una mappatura delle iniziative attivate, si è cercato di costruire una misura che rappresenti sinteticamente il livello di diffusione delle iniziative attuate da ogni singola ASL.

16.4 La rilevanza del tema dell'integrazione fra ospedale e territorio nella politica sanitaria nazionale e regionale

16.4.1 Il livello nazionale

Mentre il PSN 2001-2003 non contiene indicazioni puntuali sull'integrazione tra ambito ospedaliero e territoriale, ad eccezione di un richiamo sulle cure palliative, la tematica, nella sua complessità e nei suoi molteplici aspetti, è sistematicamente trattata nei documenti di programmazione a partire dal 2003. I PSN 2003-2005 e 2006-2008 affrontano il tema dell'integrazione fra ambito ospedaliero e territoriale come risposta necessaria all'invecchiamento della popolazione e, conseguentemente, all'aumento della disabilità e delle malattie cronico-degenerative. Nella maggior parte dei casi l'accento è, quindi, posto sulla gestione di pazienti dopo la fase acuta, cioè nella transizione dall'ospedale al territorio. Nell'Accordo Stato-Regioni del 25 Marzo 2009 l'attenzione è posta invece anche sulla continuità assistenziale in direzione opposta, cioè dal territorio all'ospedale. Ciò rende necessario creare una serie di modelli di servizio sia ospedalieri sia territoriali atti a svolgere due principali funzioni:

- ▶ fornire assistenza 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana;
- ▶ creare alternative assistenziali all'ospedale per evitare l'uso inappropriato del pronto soccorso e per rispondere a vari livelli di intensità di bisogno. Queste alternative vedono un ruolo attivo e determinante dei MMG.

Nelle Linee guida per progetti di sperimentazione regionale 2009, sono suggeriti modelli di servizio quali gli ambulatori per la gestione dei codici bianchi e i punti di primo intervento presso l'ospedale, così come forme di concentrazione fisica dei servizi distrettuali che ne migliorino la fruibilità e qualifichino il *setting* di

erogazione (ad esempio il presidio ambulatoriale distrettuale, l'assistenza territoriale integrata e l'ambulatorio territoriale integrato).

Nella pianificazione nazionale dal 2001 ad oggi, è possibile individuare le seguenti aree di intervento rilevanti per l'integrazione fra ospedale e territorio:

a) Riabilitazione

- ▶ La tematica della riabilitazione viene trattata quasi esclusivamente nel PSN 2003-2005 dove, in un paragrafo dedicato, si fa riferimento ai servizi di riabilitazione non solo in termini di strutture territoriali nelle quali i servizi vengono erogati ma anche alla riabilitazione a domicilio. Gli obiettivi da perseguire sono l'unitarietà dell'intervento mediante un approccio multidisciplinare e la predisposizione di un progetto riabilitativo personalizzato a seconda dei bisogni. Nel PSN 2006-2008 la riabilitazione è invece solo accennata.

b) Cure palliative

- ▶ Le cure palliative sono trattate fin dal PSN 2001-2003, all'interno del quale si fa riferimento alla necessità di sviluppare la medicina palliativa e la terapia del dolore. Vengono successivamente trattate in modo più ampio nel PSN 2003-2005. Come esplicitato dal PSN 2006-2008, il loro obiettivo principale è quello di garantire la continuità assistenziale e la migliore qualità di vita possibile a tutti i cittadini che necessitano di cure nelle fasi finali della vita. Le cure possono essere erogate a domicilio, oppure in apposite strutture residenziali (hospice) e necessitano di competenze diversificate e multi-professionali, sanitarie e sociali, di sostegno psicologico, spirituale o religioso per il malato ma anche per la sua famiglia. Questa diversificazione di luoghi di cura e di competenze professionali è necessaria per rispondere al meglio, ed in modo personalizzato, al mutare delle esigenze del paziente e dei famigliari durante le varie fasi della malattia.

c) Ospedale di Comunità

- ▶ Non è citato nel PSN 2003-2005, ma vi si fa riferimento nel PSN 2006-2008. Si suggerisce l'adozione dell'Ospedale di Comunità come struttura coordinata dai MMG, con finalità di ambiente protetto per il consolidamento delle condizioni fisiche o la prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero per pazienti post-acuti.

d) Ospedalizzazione domiciliare

- ▶ Nel PSN 2003-2005 è chiaramente indicato l'obiettivo di evitare in tutti i casi possibili l'istituzionalizzazione del paziente in strutture ospedaliere, qualora il paziente possa supportare una cura a domicilio. Nel PSN 2006-2008 si afferma la necessità di promuovere l'erogazione delle cure presso

il domicilio del paziente anche per i pazienti post-acuti che necessitino di una media intensità di cura.

e) Infermieri e Medici di Medicina Generale

- ▶ Sia il PSN 2003-2005, sia il PSN 2006-2008 enfatizzano la necessità di valorizzare la professione infermieristica e quella del MMG. Per garantire ai pazienti cronici una maggiore continuità, è necessario sia aumentare il numero di infermieri, sia ricondurre, nella percezione della classe medica e degli utenti, il significato di questo ruolo alla sua accezione di nursing. Lo stesso vale per i MMG, che andrebbero maggiormente coinvolti, concordando ruoli e compiti affinché il MMG possa contribuire all'integrazione tra ambiti di cura e facilitando anche il coordinamento fra i medici ospedalieri e specialisti e i servizi territoriali.

In conclusione, il focus della pianificazione nazionale è cambiato nel corso degli anni. Nel PSN 2003-2005 è stata accordata una maggiore rilevanza ed attenzione alla riabilitazione, mentre nel PSN successivo (2006-2008) maggiore enfasi è stata posta sull'Ospedale di Comunità e sull'ospedalizzazione domiciliare. L'attenzione verso le cure palliative è stata invece costante fin dal 2001 e si configura come tematica emblematica nel dibattito su come i servizi ospedalieri, intermedi e domiciliari possano creare una rete di risposta ai bisogni di pazienti complessi. Il domicilio è indicato come ambito di cura privilegiato e vengono proposti numerosi strumenti per garantire la transizione dall'ambito di cura ospedaliero al domicilio quali le cure in strutture intermedie o i programmi di dimissione protetta.

16.4.2 Il livello regionale

Nei PSR considerati sono stati analizzati i seguenti aspetti:

- ▶ La definizione o accezione di integrazione ospedale-territorio e il livello di rilevanza ad essa attribuita;
- ▶ Gli strumenti principali di integrazione proposti ed in particolare, così come suggerito dalla letteratura internazionale, quelli:
 - ▶ volti alla prevenzione di ricoveri inappropriati;
 - ▶ destinati al percorso di cura e di riabilitazione per pazienti in fase post-acuta;
 - ▶ di gestione dell'assistenza sul territorio, rivolti a pazienti con bisogno di assistenza e di monitoraggio di condizioni croniche.

L'analisi dei PSR è stata completata dalle interviste semi-strutturate con i referenti regionali.

Da questa analisi è possibile trarre le seguenti considerazioni:

1. I PSR affrontano con un' enfasi differente la tematica dell' integrazione ospedale-territorio e non tutti dedicano uno spazio rilevante all' argomento, né lo indicano come centrale;
2. Il tema è trattato in termini relativamente vaghi e talvolta in modo evocativo rispetto ai principi a cui il PSR si ispira, senza descrivere strumenti o processi attraverso i quali si dovrebbero realizzare le iniziative di intervento. In alcuni casi i PSR sono corredati o completati da ulteriori documenti, come ad esempio le linee guida per l' assistenza domiciliare, il piano regionale di riabilitazione o il piano per le cure palliative;
3. Numerose Regioni identificano nei distretti l' articolazione organizzativa responsabile sia della pianificazione degli strumenti di integrazione ospedale-territorio, sia della gestione del *continuum* di servizi e dei loro raccordi. In alcuni casi vengono, inoltre, identificati altri "nodi" gestionali rilevanti a livello territoriale ed in particolare i gruppi o nuclei di cure primarie, le unità territoriali di assistenza primaria (UTAP), le case della salute, le unità di valutazione multidimensionale (UVM). Queste forme organizzative rappresentano per molte Regioni i "luoghi" che tutelano e organizzano la presa in carico integrata;
4. In quasi tutti i PSR si rileva l' intento di potenziare l' utilizzo del domicilio come luogo di cura. Le Regioni sembrano concordi nel considerare necessario il potenziamento di figure professionali dedicate al ruolo di *case manager*, tendenzialmente identificabili nel MMG;
5. Tra i fattori facilitanti l' integrazione fra l' ospedale e il territorio si menziona lo scambio informativo fra i diversi attori che operano nel sistema. In alcune Regioni tale aspetto è influenzato dalle scelte istituzionali operate (come, ad esempio, per le Province autonome di Trento e Bolzano e la Regione Marche che hanno un' unica ASL). In altre, invece, sono stati effettuati investimenti in sistemi informativi strutturati che permettono agli attori coinvolti di avere accesso alle informazioni riguardanti il percorso del paziente.

Coerentemente con quanto emerso dall' analisi della letteratura internazionale, gli strumenti di integrazione ospedale-territorio proposti a livello regionale sono raggruppabili in due categorie principali: a) strutturali: creazione di strutture intermedie dotate di letti con varie funzioni (*hospice*, riabilitazione, ospedale di comunità); creazione di strutture intermedie mediante l' associazione di MMG, infermieri e/o specialisti, spesso di natura ambulatoriale; b) processuali o funzionali: uso della dimissione protetta e di modalità di case management, creazione di percorsi riabilitativi o terapeutici individuali, assistenza domiciliare spesso multi-disciplinare con forte rilevanza dei MMG.

Inoltre, nelle Regioni analizzate (Veneto, Liguria, Trento, Bolzano, Marche, Lombardia) il recepimento delle linee di indirizzo regionali è, secondo quanto emerso dalle interviste, avvenuto in maniera non uniforme sul territorio. Questo

risultato, viene in parte spiegato da differenze interne alle stesse regioni soprattutto relativamente alla struttura dell'offerta ospedaliera che rappresenta talvolta un ostacolo allo sviluppo dei servizi territoriali. Le Regioni che invece ritengono di aver raggiunto un'applicazione piuttosto uniforme delle linee di indirizzo regionali sul proprio territorio (Emilia Romagna e Lazio), devono questo risultato ad un approccio più sistemico con l'assegnazione di specifici obiettivi di integrazione ospedale-territorio alle Aziende Sanitarie e al successivo controllo sul conseguimento degli obiettivi. In alcune Regioni, inoltre, la diffusione delle iniziative di integrazione avviene a partire dalle Aziende sanitarie che assumono il ruolo di soggetti attivi nello sviluppo e nell'implementazione di sperimentazioni, sulla cui base la Regione costruisce poi le linee di indirizzo per tutto il sistema regionale.

16.5 Le iniziative per l'integrazione fra ospedale e territorio attuate dalle ASL

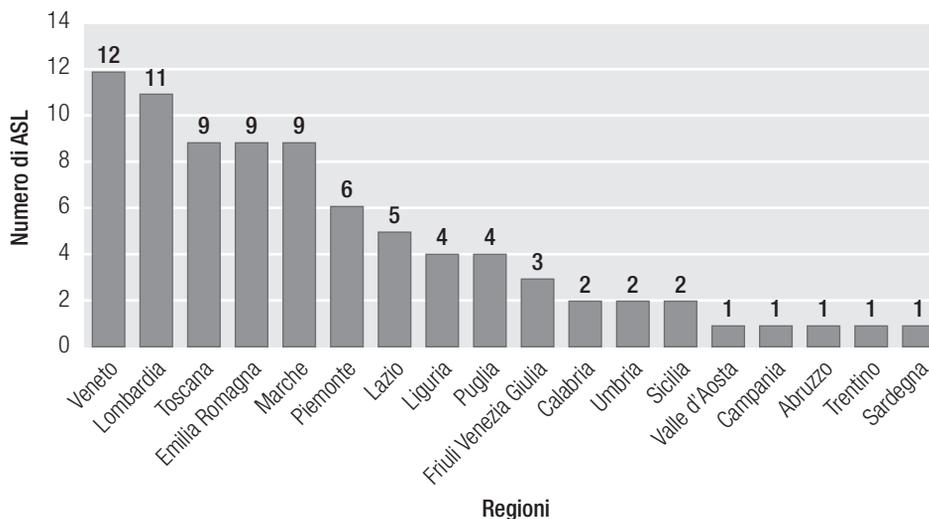
16.5.1 Il quadro di insieme

Delle 152 ASL a cui è stato inviato il questionario, 83 (il 55%) hanno risposto in modo completo. Degli 83 questionari, 73 sono riferiti all'intera ASL, mentre 10 sono stati compilati restituendo informazioni solo su alcuni distretti.

I questionari compilati provengono da 18 Regioni. Nessuna ASL della Basilicata e del Molise ha risposto al questionario. Solo un'ASL per Regione ha inviato il questionario nei casi di Campania, Abruzzo, Trentino e Sardegna, mentre solo due ASL della Sicilia hanno risposto. Le Regioni le cui ASL hanno risposto maggiormente sono state la Toscana (9 ASL su 12), l'Emilia Romagna (9 ASL su 11), la Lombardia (11 ASL su 15) e il Veneto (12 ASL su 21). Quasi il 50% delle ASL che hanno risposto al questionario, appartengono a queste quattro regioni (Figura 16.1). La popolazione totale delle ASL che hanno risposto al questionario è pari a circa 28,3 milioni, corrispondente a quasi il 50% della popolazione italiana.

Delle 12 tipologie di iniziative per l'integrazione fra ambito ospedaliero e territoriale proposte nel questionario, quelle presenti con maggiore frequenza, nelle ASL che hanno risposto al questionario, sono i programmi di dimissione protetta (presenti nel 90% delle ASL) e assistita (69%) e le strutture di riabilitazione sia di ricovero (80%) sia ambulatoriali (71%). Tuttavia, anche le altre iniziative proposte sono risultate presenti in un numero significativo di ASL, ad eccezione dei servizi di *patient hotel*, rilevati solo in due casi, e di triage telefonico presenti in solo sei ASL. Un gruppo di altre iniziative, fra cui i servizi di gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, i programmi di ospedalizzazione domiciliare, i centri di comunità/poliambulatori specialistici e i

Figura 16.1 Numero di ASL che hanno risposto al questionario – per Regione



(*) Per le Marche il numero è riferito alle zone territoriali e non alle ASL.

team di infermieri di comunità, sono tutti presenti in circa la metà delle ASL che hanno risposto al questionario. Sono risultati, invece, meno diffusi i posti letto territoriali gestiti dai MMG, presenti solo nel 27% delle ASL e le strutture intermedie intra-ospedaliere, rilevate nel 17% dei casi (Figura 16.2).

Nella maggior parte delle ASL sono presenti combinazioni delle 12 iniziative proposte. Le ASL che hanno attivato una sola iniziativa sono solo due, mentre più della metà delle ASL presentano allo stesso tempo da 6 a 10 tipologie di servizio e in ben 61 ASL ci sono da 4 a 8 iniziative contemporaneamente (Figura 16.3).

Il confronto fra il numero di iniziative adottate dalle ASL nelle diverse Regioni, è limitato dal fatto che il numero di ASL rispondenti al questionario varia notevolmente fra le Regioni. Tuttavia, è interessante rilevare che il numero medio delle iniziative adottate dalle ASL della Regione varia da 2,5 a oltre 7, e che in sei Regioni – Emilia Romagna, Valle d'Aosta, Umbria, Trentino Alto Adige, Toscana e Liguria – il numero medio di iniziative è circa 7 (Figura 16.4). La compresenza di queste iniziative è nettamente più frequente nelle Regioni del Centro-Nord (con le parziali eccezioni di Veneto e Lombardia).

L'attivazione delle iniziative per l'integrazione fornisce, tuttavia, solamente una parte delle informazioni necessarie a valutare gli sforzi delle ASL. L'altra dimensione da indagare riguarda la diffusione o il livello di maturità di tali iniziative. Al fine di rappresentare in modo sintetico il grado di diffusione delle iniziative, è stato costruito un indice di diffusione complessivo attraverso il procedimento seguente:

Figura 16.2 **Iniziative di integrazione ospedale territorio adottate dalle 83 ASL rispondenti**

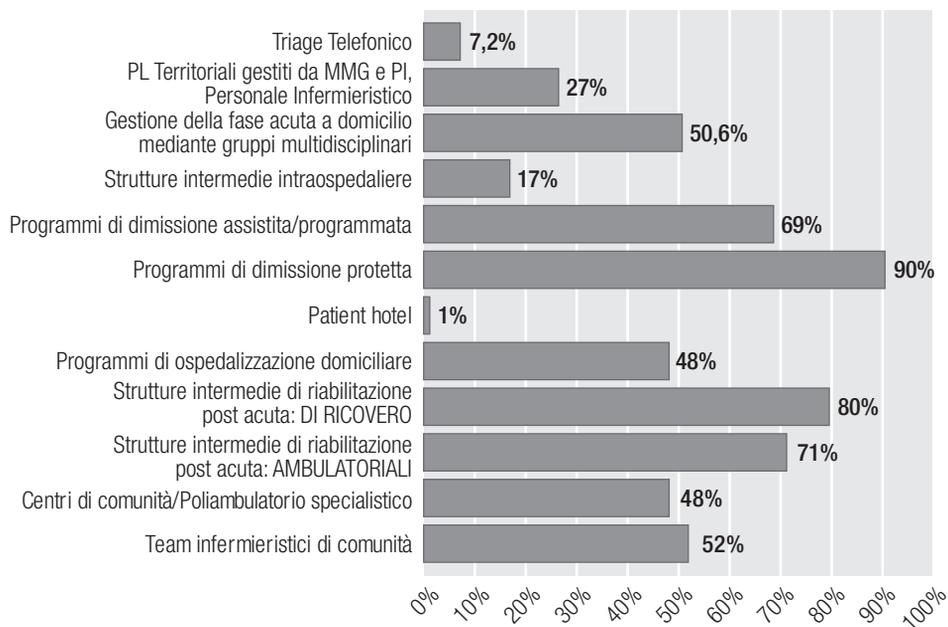


Figura 16.3 **Numero di iniziative di integrazione ospedale territorio dalle presenti nella medesima ASL**

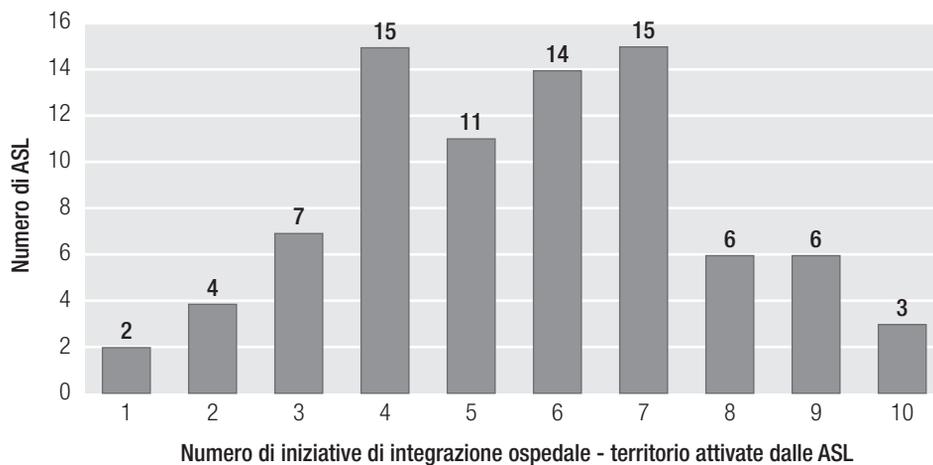
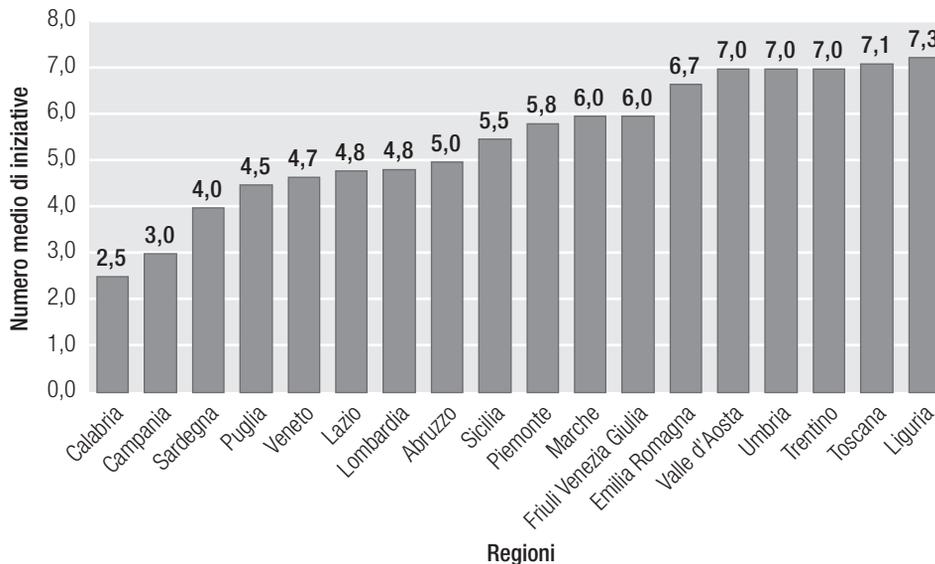


Figura 16.4 **Numero medio di iniziative per l'integrazione adottate dalle ASL di ciascuna Regione**

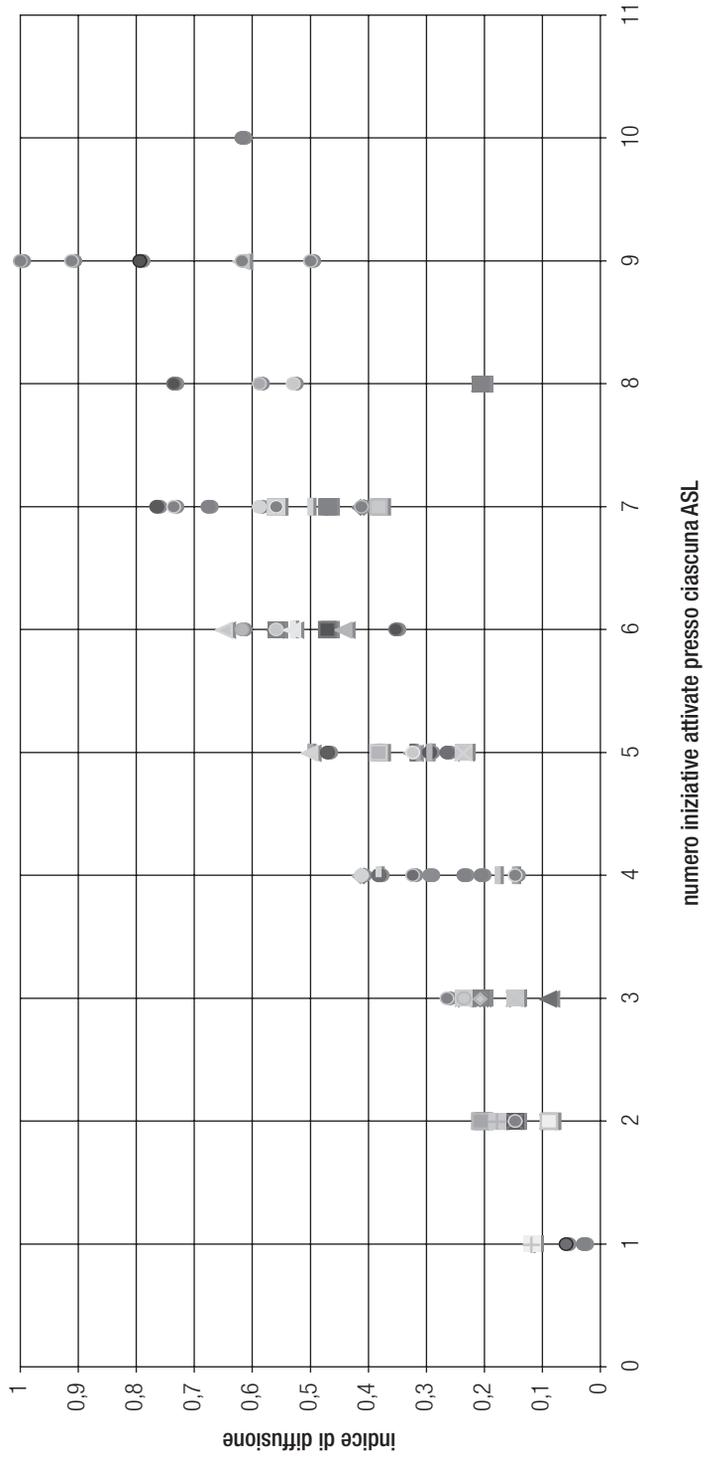


- ▶ per ciascuna iniziativa il questionario chiedeva informazioni relativamente ad una variabile proxy del livello di diffusione della stessa, in termini, ad esempio, di numero di distretti dell'ASL in cui ciascuna iniziativa è presente, di numero di strutture e/o di posti letto, di unità di personale coinvolto nell'attività etc.;
- ▶ tale dato è stato rapportato al numero di persone residenti nell'ASL;
- ▶ a ciascuna ASL, e per ciascuna iniziativa, è stato successivamente attribuito un punteggio (da 1 a 4) corrispondente al quartile di appartenenza del valore procapite della variabile proxy del livello di diffusione dell'iniziativa stessa;
- ▶ per ogni ASL i punteggi attribuiti a ciascuna iniziativa sono stati poi sommati ottenendo così un punteggio complessivo per l'ASL;
- ▶ tale punteggio complessivo di ASL è stato trasformato in un indice con valori compresi fra 0 e 1, dividendo il punteggio di ciascuna ASL per il valore massimo del punteggio stesso.

L'indice di diffusione mostra come una quota significativa delle ASL presenti un'offerta di servizi elevata. L'indice di diffusione dell'ASL mediana è pari a 0,39, quasi tutte le ASL (il 94%) presentano un indice di diffusione totale inferiore a 0,75, mentre 4 ASL hanno un indice di diffusione superiore.

La Figura 16.5 evidenzia, inoltre, la relazione fra l'indice di diffusione e il numero di iniziative attivate da ogni ASL. Da tale figura emerge come ciascun livello di diffusione delle iniziative è raggiunto dalle ASL attraverso un numero diver-

Figura 16.5 **Indice totale di diffusione delle iniziative per l'integrazione fra ospedale e territorio e numero di tali iniziative – per ASL**



so di iniziative. Ad esempio, le ASL che sono risultate essere nel 40% più elevato in termini di indice di diffusione totale delle iniziative, hanno attivato un numero variabile da 6 a 10 di tali iniziative. Parecchie ASL che hanno attivato lo stesso numero di iniziative presentano un indice di diffusione totale variabile diverso – ad esempio, le ASL che hanno attivato contemporaneamente nove iniziative, si distribuiscono su tutta la metà superiore (da 0,5 a 1) dell'indice di diffusione.

16.5.2 Approfondimento su alcune iniziative attivate dalle Asl

Questo paragrafo presenta un approfondimento dei risultati relativi alle iniziative rilevate più frequentemente nelle ASL che hanno risposto al questionario. Il questionario prevedeva domande tese a meglio comprendere le caratteristiche di queste iniziative. Non viene incluso un commento sul *patient hotel* che è attivato solo da ASL rispondenti.

Triage telefonico

Il servizio, che è attivato da 6 ASL, (due in Toscana, una in Veneto, Lombardia, Umbria e Marche) appare disponibile solo in fascia diurna e limitato ad alcune categorie di pazienti particolarmente vulnerabili quali gli anziani, i disabili, le persone con scompenso cardiaco con ricoveri ripetuti e in post-dimissione ospedaliera, nonché più in generale pazienti con necessità di cure domiciliari. Il triage telefonico è in genere associato all'istituzione di un «numero verde» che dà risposta ai pazienti nella fase post acuta (ad esempio scompenso cardiaco) o nella gestione delle cure domiciliari.

Posti letto territoriali gestiti da Medici di Medicina Generale e personale infermieristico

Le ASL che hanno attivato posti letto territoriali sono 22, il 27% del totale, in 9 Regioni. Piemonte e Toscana sono le Regioni con il maggior numero di strutture con posti letto territoriali (26 e 19 rispettivamente), mentre nelle altre 7 Regioni che li hanno attivati il numero è molto limitato e compreso tra 1 e 4 strutture. Le strutture variano anche per il numero di posti letto attivati, che sono compresi fra i 7 di una struttura in Umbria e i 40 di un'altra struttura in Veneto. Frequentemente i posti letto sono allocati all'interno di RSA.

I posti letto territoriali sono talvolta gestiti congiuntamente da MMG e specialisti ospedalieri. I pazienti che vengono ricoverati presso queste strutture presentano varie patologie ma due categorie risultano dominanti (in 40-45% delle ASL che hanno attivato questa iniziativa): pazienti anziani spesso con condizioni di fragilità sociale e persone affette da problemi cardiovascolari e pneumologici che richiedono un periodo di osservazione prolungato. Meno frequentemente sono stati indicati pazienti oncologici terminali, ortopedici e neurologici.

Gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari

Questi servizi sono stati attivati da 42 ASL appartenenti a 16 Regioni. In quasi tutte le ASL l'iniziativa, se attivata, è diffusa in tutti i distretti.

I pazienti che usufruiscono di questo servizio sono soprattutto affetti da malattie mentali, oppure pazienti terminali oncologici che attraversano un momento di peggioramento, oppure ancora persone che necessitano di nutrizione artificiale o ventilazione meccanica a causa di acutizzazione improvvisa del quadro clinico. Alcune ASL hanno precisato che il servizio rientra nelle forme a media ed elevata complessità dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), erogata da unità multi-professionali e multi-disciplinari che includono uno specialista, infermieri e talvolta un MMG o assistente sociale a seconda della patologia.

Strutture intermedie intra-ospedaliere

Le strutture intermedie intra-ospedaliere sono presenti solamente in 14 ASL di 8 Regioni. Il numero di posti letto di tali strutture è mediamente pari otto ma presenta un'elevata variabilità, con varie strutture di 50-70 posti letto nelle Marche, in Umbria e in Emilia Romagna.

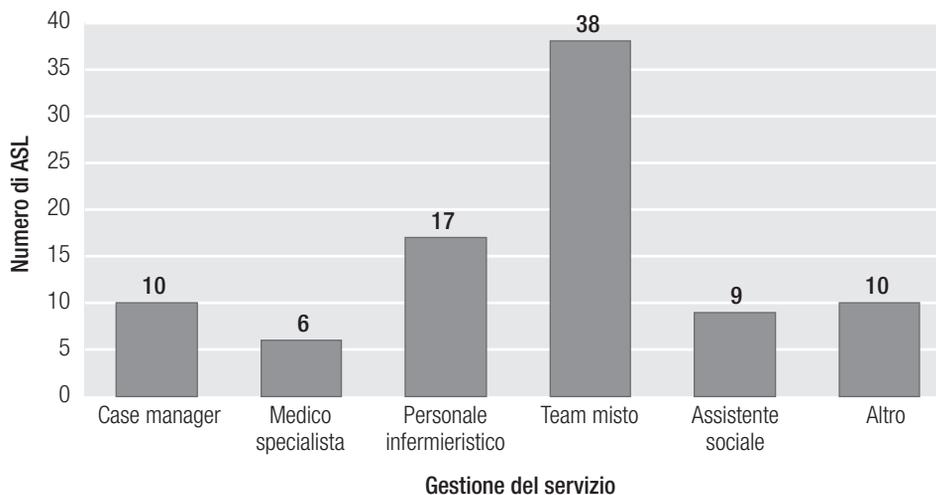
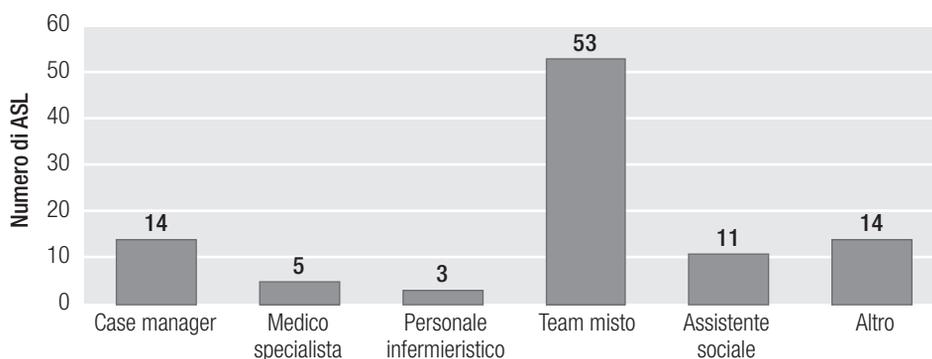
Le principali tipologie di pazienti fruitori di questo servizio hanno subito un intervento chirurgico cardiologico od ortopedico e, successivamente alla dimissione ospedaliera, sono stati accolti presso strutture specifiche perché non autosufficienti o polipatologici, bisognosi comunque di assistenza infermieristica e riabilitativa. Nella maggior parte dei casi, viene precisato che il medico specialista del reparto di dimissione rimane la figura di «consultant» e di riferimento, mentre di solito è l'infermiere a diventare il case manager del paziente.

Programmi di dimissione assistita/programmata

I programmi di dimissione assistita sono fra i più frequentemente rilevati nelle ASL (57 appartenenti a 15 Regioni) che hanno risposto al questionario. Tuttavia, il livello di diffusione di tali programmi, valutato attraverso il numero di pazienti che hanno usufruito di tale servizio nell'ultimo anno, è significativamente diverso tra le ASL. Ad esempio, il numero di pazienti per 10.000 abitanti supera i 200 solo in due Regioni (Emilia Romagna e Veneto) mentre in altre cinque è inferiore ai 50.

In circa la metà delle ASL, questo strumento viene gestito da un team multidisciplinare, mentre in 17 ASL è gestito da personale infermieristico, in 10 da un case manager dedicato, in 6 da un medico specialista, in 9 da un assistente sociale e in 10 da un'altra figura (Figura 16.7). Inoltre, in 11 ASL il gestore del servizio può appartenere a due delle alternative menzionate e in 7 casi a più di due (fino a sei figure diverse).

I pazienti per i quali la dimissione programmata o assistita viene più utilizzata (33-38% delle ASL) sono quelli oncologici, neurologici, cardiologici ed ortopedici, seguiti da pneumologici e geriatrici (19-25% delle ASL). Infine, per circa il

Figura 16.6 **Gestore del servizio di dimissione assistita/programmata**Figura 16.7 **Gestore del servizio di dimissione protetta**

10-12% dei rispondenti tutte le categorie di pazienti chirurgici che hanno subito un intervento sono soggetti a dimissione programmata. Una proporzione simile di ASL indica invece i pazienti diabetici.

Programmi di dimissione protetta

I programmi di dimissione protetta sono presenti in quasi tutte le ASL (in 75) e in tutte le 18 Regioni. Anche in questo caso, tuttavia, il livello di diffusione varia ampiamente fra le ASL. Il numero di pazienti che hanno usufruito del servizio nell'ultimo anno, infatti, supera i 300 per 10.000 abitanti in Emilia Romagna e Veneto, mentre in molte Regioni è inferiore a 100. Nella maggior parte delle ASL i programmi di dimissione protetta sono gestiti da un team multidisciplinaria-

re (in 53 ASL). Relativamente frequente è anche la presenza di un *case manager* dedicato (in 14 ASL). Alcune ASL, come nel caso della dimissione assistita, attribuiscono la responsabilità di questo strumento a due o più figure professionali.

Anche nel caso della dimissione protetta la metà dei rispondenti identifica come target del servizio i pazienti oncologici, cardiologici (scompenso cardiaco), neurologici (ictus) e pneumologici (BPCO), condizioni patologiche che spesso sono ulteriormente peggiorate da non autosufficienza (25%), anzianità (21%), fragilità sociale (20%) o pluripatologia/condizione terminale (10%). Tre rispondenti indicano i pazienti pediatrici.

Per quanto riguarda l'ulteriore connotazione del servizio, è importante far presente come oltre alle unità di valutazione multidimensionale, spesso attivate attraverso il cosiddetto punto unico di accesso, nel caso delle dimissioni protette vengano indicate altre unità organizzative coinvolte nella decisione ed in particolare i nuclei ospedalieri di dimissione protetta (ASL Piacenza), la centrale di continuità fra ospedale e territorio (ASL Imperiese), la centrale dimissioni protette (ASL Como), il nucleo di continuità assistenziale (ASL Feltre), ad indicare che il servizio di dimissione protetta può essere considerato sufficientemente consolidato in diverse realtà aziendali.

Programmi di ospedalizzazione domiciliare

I programmi di ospedalizzazione domiciliare sono stati attivati in 40 ASL di 13 Regioni. Dove attivati, sono solitamente (33 su 40 ASL) in tutti i distretti dell'ASL. Il loro livello di utilizzazione varia tuttavia considerevolmente. Il Piemonte è la Regione in cui si rileva il maggior numero di pazienti che hanno usufruito di tale strumento (257 per 10.000 abitanti nell'ultimo anno), seguito da Lazio (133), Lombardia (119) e Veneto (116). Viceversa, nelle ASL che hanno risposto al questionario di Puglia, Calabria, Sicilia e Umbria tale strumento è presente ma utilizzato solo da pochissimi pazienti.

Nel 25-30% delle ASL che hanno attivato queste iniziative i programmi di ospedalizzazione domiciliare sono diretti in modo particolare a malati terminali, neurologici (ad esempio affetti da SLA), oncologici gravi e meno frequentemente a pazienti con necessità di ventilazione meccanica e nutrizione artificiale (15%).

Strutture di riabilitazione

Le strutture di ricovero per motivi riabilitativi sono presenti in 66 ASL e in tutte le Regioni salvo la Campania. Tuttavia, nelle ASL che hanno risposto al questionario, il numero di posti letto varia ampiamente. In dieci Regioni tale numero è inferiore a 10 per 10.000 abitanti, mentre nelle ASL delle altre Regioni è compreso fra 14 e 22.

Le strutture di riabilitazione ambulatoriali sono presenti in 59 ASL e in 16 Regioni. In 7 Regioni le ASL hanno tali strutture in tutti i distretti, in altre 5 Regioni sono presenti nell'80-85% dei distretti e nelle restanti fra il 48% e il

74% dei distretti. In parte, i pazienti delle strutture di riabilitazione di ricovero e ambulatoriali si sovrappongono, pur differenziandosi per la gravità della condizione e quindi per l'intensità riabilitativa richiesta. Oltre il 70% dei rispondenti, ad esempio, ha indicato nei pazienti ortopedici (post-frattura femore, anca, politraumi) e neurologici (post-ictus) i principali fruitori di servizi riabilitativi in strutture di ricovero.

Centri comunità o poliambulatori specialistici

I Centri di comunità sono presenti in 40 ASL di 15 Regioni. Il numero di centri di comunità per ogni 10.000 abitanti varia da 0,2 della Lombardia a circa 1,6 delle Marche. Le Marche, l'Emilia Romagna e la Liguria sono le Regioni in cui vi sono più centri (in rapporto agli abitanti).

È interessante considerare che quasi il 50% dei rispondenti ha fornito ulteriori informazioni qualitative rispetto all'organizzazione di questi servizi, caratterizzando le differenze rispetto alla definizione proposta dal questionario. Di questi, una buona parte ha indicato che si tratta di poliambulatori specialistici dove sono presenti solo medici specialisti territoriali o sumaiisti, supportati da infermieri che talvolta svolgono servizi più routinari come prelievi, iniezioni etc. In casi più rari, invece, il centro di comunità è una forma evoluta di associazionismo tra MMG, talvolta migliorata dalla presenza di tecnologie poco complesse per diagnosi e *imaging* (es. *holter*). Le tipologie di pazienti servite sono varie, con una forte attenzione a persone con problemi cardiocircolatori (40% dei rispondenti), diabetici (25%), cronici (15%). Rispetto alla natura ed alla localizzazione, si segnala che questi centri molto spesso sono stati descritti come poliambulatori specialistici e sono collocati all'interno del presidio ospedaliero.

Team infermieristici di comunità

I team infermieristici di comunità sono presenti in 43 ASL di 13 Regioni. Anche in questo caso, tuttavia, il livello di diffusione varia ampiamente. Il numero di infermieri è compreso fra meno di uno per 10.000 abitanti nelle ASL pugliesi a circa 13 in quelle venete. Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Marche sono le Regioni con il numero di infermieri di comunità più alto.

I team infermieristici di comunità servono pazienti con livelli di bisogno piuttosto complessi a livello domiciliare quali quelli terminali, le sindromi da allettamento per pazienti gravi, i pazienti non autosufficienti (47% rispondenti), i pazienti oncologici nelle varie fasi della malattia (28%) e i pazienti cronici (esempio diabete; 17%), con i quali svolgono anche lavoro di educazione alla salute e promuovono attività di *self-management*. Dalle note dei rispondenti, infatti, si rilevano modelli in cui l'infermiere svolge il proprio ruolo all'interno del tradizionale servizio di assistenza domiciliare e altri, anche se più rari (come ad esempio in Friuli Venezia Giulia), dove invece l'infermiere ricopre un ruolo di riferimento sul territorio e svolge una funzione di coordinamento tra paziente, MMG,

assistenza ospedaliera -se necessaria- e assistenza sociale. In due ASL (in Lombardia) viene indicato che i servizi dell'infermiere di comunità sono sottoposti al sistema di pagamento tramite voucher.

Oltre ad indagare le 12 iniziative sopradescritte il questionario lasciava alle ASL la possibilità di fornire informazioni aggiuntive e descrivere ulteriori esperienze aziendali nell'ambito dell'integrazione fra ambito ospedaliero e territoriale. Tra gli aspetti più frequentemente discussi si segnala che: a) i percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali (PDTA) sono molto diffusi e sono principalmente utilizzati per le patologie croniche (BPCO, diabete, ecc); b) esistono gruppi di lavoro (in alcuni casi vere e proprie unità organizzative) dedicati all'integrazione tra ospedale e territorio, anche finalizzati a specifici target di bisogni; c) infine, varie forme di integrazione facilitate da consulti in telemedicina sono in fase di sperimentazione in alcuni contesti aziendali.

16.6 Conclusioni

Questo capitolo ha svolto un'indagine esplorativa sul tema dell'integrazione tra ospedale e territorio, così come interpretato negli indirizzi di *policy* nazionali e regionali, nonché dalle ASL. Ha fornito, inoltre, una mappatura delle iniziative attivate a livello locale, confrontandone diffusione e maturità.

L'integrazione fra ambito ospedaliero e territoriale è certamente un tema «caldo» nei documenti di programmazione sanitaria nazionale dai primi anni 2000, sebbene con una focalizzazione diversa nel corso degli anni: si passa dall'esplicitazione di aree specialistiche di intervento (il PSN 2003-2005 accordava maggiore rilevanza alla riabilitazione e già dal 2001 si sottolineava l'urgenza di risposta per le cure palliative) alla prefigurazione di modelli di ospedalizzazione domiciliare e di ospedale di comunità (PSN 2006-2008).

I PSR rivelano una certa variabilità nell'enfasi posta dalle Regioni sulla questione dell'integrazione, questione che non è affrontata da tutti i PSR. Gli strumenti proposti per favorire l'integrazione fra l'ospedale e il territorio consistono sia in strutture intermedie con varie funzioni, gestite da MMG, infermieri o medici specialisti, sia in strumenti legati a processi o funzioni come i programmi di dimissioni assistite o protette, i percorsi riabilitativi e l'assistenza domiciliare.

Inoltre, parecchie Regioni cercano di favorire la diffusione delle conoscenze e lo sviluppo di forme di lavoro multidisciplinare, attraverso la predisposizione di specifici strumenti (quali i sistemi informativi), l'organizzazione di gruppi di lavoro (ad esempio, cabine di regia) o l'attivazione di progetti per consolidare il circuito locale di relazione tra professionisti.

Un altro fenomeno emerso è quello che vede la Regione come promotrice di processi di diffusione di esperienze reputate di successo. Frequentemente la Re-

gione intercetta le esperienze aziendali più rilevanti per l'intero sistema regionale e ne facilita la diffusione, anche attraverso l'attività programmatica. Tra le modalità adottate dalle Regioni per sostenere tale processo vi è l'elaborazione di linee di indirizzo regionali che, tuttavia, non sono sempre recepite uniformemente sul territorio. In genere, le Regioni che invece ritengono di aver raggiunto un'applicazione piuttosto uniforme delle linee guida sul proprio territorio, devono questo risultato ad un approccio sistematico con l'assegnazione alle ASL di specifici obiettivi di integrazione ospedale-territorio (riconosciuti anche alle direzioni generali) e il successivo controllo sul loro conseguimento.

L'indagine sulle iniziative per l'integrazione attivate dalle ASL, conferma l'eterogeneità delle scelte aziendali, evidenziando come, nelle ASL che hanno partecipato allo studio, siano presenti numerose iniziative finalizzate a favorire l'integrazione fra ospedale e territorio. L'eterogeneità delle scelte aziendali dimostra una certa vivacità da parte delle ASL nello sperimentare soluzioni e iniziative che rispecchiano probabilmente i diversi contesti. Le ASL sembrano utilizzare frequentemente non solo soluzioni tradizionali, quali i programmi di dimissione assistita/protetta e le strutture di riabilitazione, ma anche una serie di altre modalità più innovative come i programmi di ospedalizzazione domiciliare, i poliambulatori specialistici e i *team* di infermieri di comunità.

L'indice di diffusione di tali iniziative, che rappresenta una *proxy* dell'offerta complessiva di questi servizi, evidenzia come una quota significativa delle ASL (e Regioni) presenti un'offerta di servizi elevata. L'indice mostra, inoltre, come, anche a parità di offerta complessiva, ci sia una forte variabilità tra le ASL nella numerosità di iniziative attivate. Tale variabilità è presente anche all'interno delle Regioni, confermando così la difficoltà nell'attuazione delle politiche per l'integrazione fra ospedale e territorio in modo uniforme a livello regionale.

Il tema dell'integrazione fra ospedale e territorio sembra, quindi, essere entrato nell'agenda del management aziendale. Ciò che sembra invece mancare è la capacità di monitorare e valutare l'impatto delle iniziative messe in atto dalle ASL. L'attenzione dovrebbe, quindi, essere rivolta a definire metodologie appropriate per la valutazione dell'impatto delle iniziative che favoriscono l'integrazione fra ospedale e territorio, sia in termini di esiti sanitari, sia di qualità dell'assistenza.

Bibliografia

- Brooten D., Brown L. e Munro B. (1998), «Early discharge and specialist transitional care», *J. Nursing Scholar*, 20: pp.64-8.
- Capocaccia R., Colonna M., Corazzari I., De Angelis R., Francisci S., Micheli A. e Mugno E. (2002), «Measuring cancer prevalence in Europe: the EURO-PREVAL project». *Annals of Oncology*, 13(6): pp.831-9.

- Cotter J., Smith W. e Boling P. (2002), «Transitions of care: the next major quality improvement challenge», *British Journal of Clinical Governance*, 7(3): pp.198-205.
- Coleman E.A. e Berenson R. A. (2004), «Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care», *Ann Intern Med.*, 140: pp.533-536.
- Griffiths P.D., Edwards M.E., Forbes A., Harris R.G. e Ritchie G. (2007), «Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.:CD002214.
- Hofmarcher M.M., Oxley H. e Rusticelli E. (2007), «Improved health system performance through better care coordination», *OECD Health Working Paper*, n. 30
- Linee guida per progetti di sperimentazione regionale 2009: «Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in 24h: riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale»* Provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano - 25 marzo 2009 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_primopianoNuovo_230_documenti_itemDocumenti_2_fileDocumento.pdf
- Longo F., Salvatore D. e Tasselli S. (2010), *Organizzare la salute nel territorio*, edizioni Il Mulino.
- Ministero della Salute (2009), *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008*; <http://www.salute.gov.it/publicazioni/ppRisultato.jsp?id=1144>
- Provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano - 25 marzo 2009, http://www.normativasanitaia.it/normsan-pdf/0000/28714_1.pdf
- Shepperd S., Harwood D., Gray A., Vessey M. e Morgan P. (1998), «Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care II: cost minimization analysis», *BMJ*, 316: pp.1791-6.
- Shepperd S., Doll H., Angus R.M., Clarke M.J., Iliffe S., Kalra L., Ricauda N.A. e Wilson A.D. (2008), «Admission avoidance hospital at home», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4: CD007491.
- Shepperd S., Angus R., Doll H. et al. (2009a), «Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data.», *Can. Med. Assoc. J.*, 180: pp.175-182.
- Shepperd S., Doll H., Broad J., Gladman J., Iliffe S., Langhorne P., Richards S., Martin F. e Harris R. (2009b) «Early discharge hospital at home», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1: CD000356.
- Steiner A. (1998), *Intermediate care: a conceptual framework and review of the literature*. King's Fund, London.
- Vaughan B. e Lathlean J. (1999), *Intermediate care: models in practice*. King's Fund, London.