

Le Cure Intermedie

Intermediate care

Giulia Pieri, Davide Pianori, Maria Pia Fantini

Giulia Pieri

Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - DIBINEM, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Azienda USL di Imola

Davide Pianori

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Perugia

Maria Pia Fantini

Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - DIBINEM, Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Parole chiave: cure intermedie, fragilità, anziani, post-acuzie, assistenza socio-sanitaria

RIASSUNTO

È universalmente riconosciuto che la situazione attuale di prestazioni frammentate di tipo sanitario e sociale nell'assistenza ai pazienti anziani con multimorbosità e fragili, non garantisce cure efficaci, efficienti e soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie.

Come può il settore delle “cure intermedie” porsi nella prospettiva di favorire il coordinamento e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale producendo valore aggiunto per la persona? Che cos'è il sistema delle “cure intermedie”, quali i suoi obiettivi, a quali tipologie di pazienti è rivolto, e con quali modalità di erogazione?

Per rispondere a questi quesiti e per una corretta programmazione e valutazione di impatto del sistema di “cure intermedie”, occorre costruire esperienze e strumenti di monitoraggio e confronto.

Infatti, dal momento che non esistono ad oggi best practices riconosciute su questi temi, è solo dallo studio di casi e dai confronti nazionali e internazionali che è possibile trarre ispirazione per identificare soluzioni innovative per l'organizzazione dei servizi e le politiche sanitarie.

Key words: intermediate care, frailty, elderly, post acute care, social-health care

SUMMARY

It is universally recognized that the fragmentation of services for the assistance to elderly patients with mul-

timoridity does not guarantee effective and efficient care, and does not even guarantee the satisfaction of patients and their families.

How can the “intermediate care” promote the coordination and integration between health and social care and produce added value for the person? What is “intermediate care”, what are its aims, which patients are involved, and how is it provided?

To answer these questions and to correctly plan and evaluate the impact of “intermediate care” it is necessary to create such experiences and develop tools to monitor and compare their efficacy. Since well established “best practices” do not exist yet, cases studies and national and international comparisons are key elements in identifying innovative solutions for the organization of health services.

Integrazione ospedale-territorio e “cure intermedie”: una panoramica internazionale

È universalmente riconosciuto che la situazione attuale di prestazioni frammentate di tipo sanitario e sociale nell’assistenza ai pazienti anziani con multimorbidità e fragili, non garantisce cure efficaci, efficienti e soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie. La principale ed attuale sfida per i sistemi sanitari è dunque rappresentata dalla necessità di potenziare il coordinamento tra i servizi ospedalieri e territoriali, identificando ed attuando modalità innovative per un’erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari sempre più incentrate sul territorio, in grado di fronteggiare da un lato il cambiamento del contesto demografico-epidemiologico (invecchiamento della popolazione, aumento della prevalenza della patologia cronica, multimorbidità, fragilità, etc.) e dall’altro la crisi economica e la sempre minore disponibilità di risorse sia pubbliche, sia delle famiglie, che hanno portato ad una progressiva crescita e diversificazione di richieste di intervento sanitario e sociale (1, 2).

Il Rapporto OASI 2010 (3) ha evidenziato come nella letteratura internazionale il tema dell’integrazione presenti innanzitutto due

prospettive interpretative:

- l’intermediate care, che ricopre tutte le aree di intervento intermedie tra l’ospedale ed il domicilio del paziente e che si caratterizza per il contenuto non solo sanitario ma anche socio-assistenziale delle prestazioni erogate e per il coordinamento multi-professionale;
- la transitional care, che si concentra sulle modalità di raccordo e di passaggio del paziente fra i diversi ambiti di assistenza.

Entrambe le tipologie di assistenza sono rivolte a pazienti che rischiano di diventare frequenti utilizzatori dell’ospedale in assenza di una adeguata rete di servizi alternativi, nello specifico:

- post acuti in dimissione dall’ospedale;
- cronici stabilizzati per i quali occorre un costante monitoraggio delle condizioni di salute da parte di operatori professionali;
- cronici in buone condizioni di salute capaci di forme sostanziali di auto-cura.

L’analisi della letteratura descritta nel sopracitato Rapporto OASI identifica 12 diverse tipologie di servizi/strumenti/iniziative/modalità di assistenza, tese a favorire l’integrazione tra ospedale e territorio: triage telefonico; posti letto territoriali gestiti da medici di medicina generale e personale infermieristico; gestione della fase acuta a domicilio

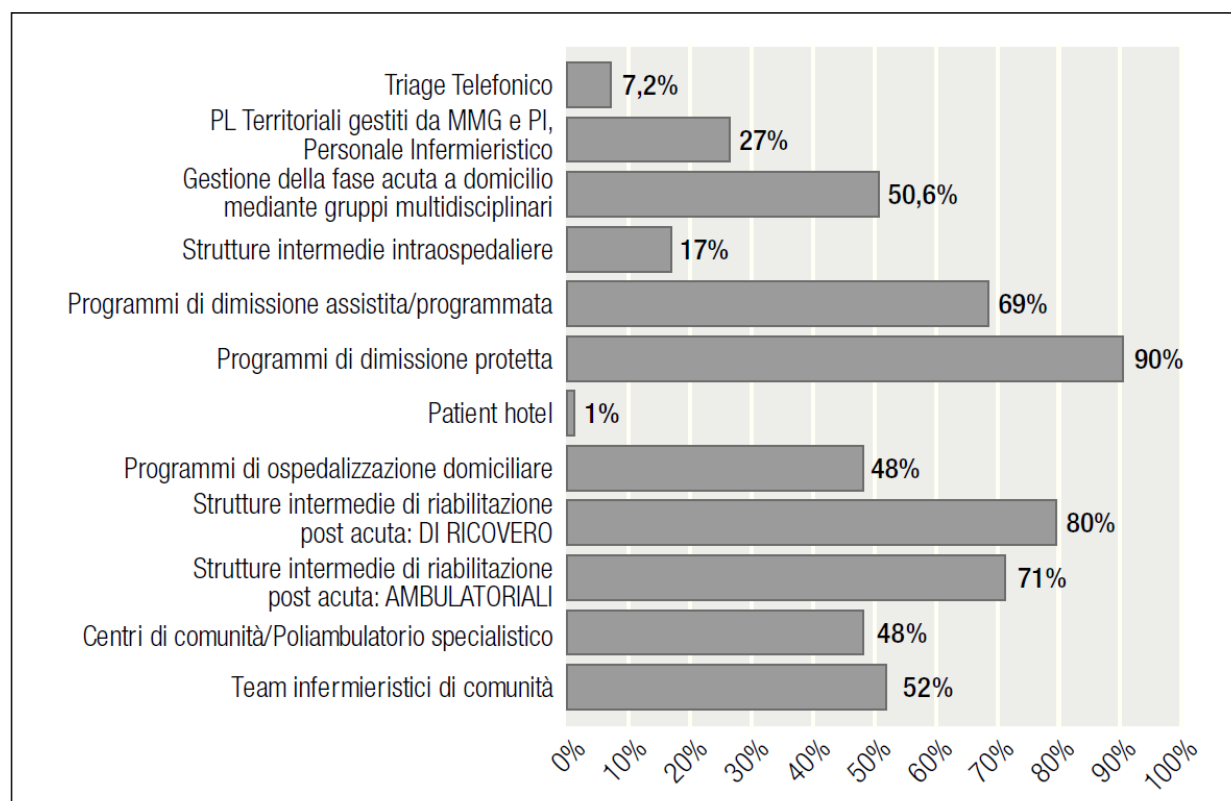
mediante gruppi multidisciplinari; strutture intermedie intra-ospedaliere; programmi di dimissione assistita/programmata; programmi di dimissione protetta; patient hotel; programmi di ospedalizzazione domiciliare; strutture di ricovero intermedie di riabilitazione post-acuta; strutture ambulatoriali intermedie di riabilitazione post-acuta; centri di comunità/poliambulatori specialistici; team infermieristici di comunità. Le tipologie elencate, tuttavia, configurano modelli molto differenti tra loro (strutture fisiche, procedure/protocolli, etc.), in assenza quindi di un modello concettuale di riferimento univoco. Una successiva survey era volta a mappare quali delle sopra citate iniziative per l'integrazione fra l'ambito ospedaliero e territoriale erano quindi state avviate dalle ASL

e con quali livello di diffusione e maturità (Figura 1).

A livello internazionale, già da alcuni decenni si stanno sviluppando modelli di organizzazione dei servizi che consentano ai pazienti di lasciare precocemente la struttura ospedaliera o di evitare ospedalizzazioni non necessarie, potenziando la disponibilità di servizi socio-assistenziali a livello territoriale. Fin dagli anni '90 si parla a questo proposito di "intermediate care", con riferimento a servizi che hanno principalmente due ordini di obiettivi (4, 5, 6):

- "preventivi" - evitare le ospedalizzazioni non necessarie e fenomeni di "dimissione ritardata" (delayed discharge), rendendo disponibili alternative assistenziali all'ospedale, per rispondere ai bisogni sanitari

Figura 1 - Iniziative di integrazione ospedale territorio adottate dalle 83 ASL rispondenti alla survey descritta nel Rapporto OASI 2010



Fonte: Rapporto OASI 2010, cap.16, Compagni et al.

con una intensità proporzionata alla necessità di cura e raggiungere una maggiore efficienza di sistema;

- “riabilitativi” - supportare la dimissione, facilitare l’accesso ai servizi di riabilitazione e recupero funzionale e favorire il rientro del paziente al domicilio.

Tuttavia dalla letteratura emergono anche alcune criticità (4). Innanzitutto, le evidenze non sono concordi sull’efficacia e costo-efficacia dei servizi di “cure intermedie”; ci sono differenze spesso sostanziali rispetto a come le “cure intermedie” sono definite e implementate nei diversi Paesi; sussistono dubbi circa il numero e la tipologia di pazienti eleggibili che possono realmente beneficiare di questa tipologia di assistenza e conseguentemente su numero e composizione delle risorse assistenziali (skill mix) da mettere in campo.

Molteplici esperienze in termini di programmazione ed analisi di servizi di “cure intermedie” vengono in particolare dall’Inghilterra, dove diverse iniziative di ricerca su questo tema sono state promosse dal National Health Service e da numerose società scientifiche e associazioni professionali (7, 8). Secondo quanto emerge dalle evidenze, nel contesto inglese i servizi di “cure intermedie” si caratterizzano per avere come obiettivo sia evitare le ammissioni in ospedale sia supportare al meglio il processo di dimissione dalle strutture di ricovero, garantendo assistenza a pazienti anziani e con condizioni complesse. Le “cure intermedie” possono offrire un supporto ai pazienti sia al domicilio sia in strutture residenziali o a ciclo diurno (es. community hospital, nursing home), rimanendo tuttavia un servizio limitato nel tempo (di regola, non più di sei settimane) e favorendo la perma-

nenza al domicilio o eventualmente la transizione verso ulteriori forme di residenzialità a lungo termine. Il focus di questi servizi è primariamente la riabilitazione e il contrasto del declino funzionale e cognitivo dei pazienti, con un’attenzione particolare all’educazione terapeutica e all’autocura (self-management, patient education), assicurando continuità e coordinamento tra i diversi servizi (sanitari e sociali), garantendo la presa in carico da parte di un team multidisciplinare e prevedendo anche il coinvolgimento delle famiglie/care giver.

Il contesto normativo e organizzativo italiano

In Italia, a livello di pianificazione nazionale, i focus di intervento rilevanti per l’integrazione fra ospedale e territorio sono andati modificandosi negli anni: a partire dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003-2005 è stata accordata una maggiore rilevanza ed attenzione alla riabilitazione, mentre nel successivo PSN 2006-2008 l’enfasi è stata posta sull’Ospedale di Comunità e sull’ospedalizzazione domiciliare. Discorso a parte merita l’area delle cure palliative, per la quale sono già attivi da tempo percorsi dedicati. Lo Schema di PSN 2011-2013 prevedeva, per la gestione della cronicità, un’organizzazione territoriale con possibilità di disporre di posti letto territoriali/servizi residenziali gestiti da Medici di Medicina Generale e personale infermieristico, all’interno di apposite strutture di cure intermedie. Indicazioni sul tema delle “strutture intermedie”, come iniziative di continuità ospedale territorio che possono essere di diretta interfaccia tra l’assistenza territoriale e quella ospedaliera, si ritrovano

infine nel Patto per la Salute 2014-2016 e nel successivo Regolamento sugli standard ospedalieri (DM n.70/2015), che demanda alle Regioni il compito di procedere al riassetto dell'assistenza primaria, domiciliare e residenziale, limitandosi a fornire alcune indicazioni relativamente alle caratteristiche principali delle strutture intermedie, con particolare riferimento all'Ospedale di Comunità (9, 10, 11, 12).

Coerentemente con gli indirizzi dei documenti nazionali, ad esempio la Regione Emilia-Romagna ha intrapreso, con la DGR n.284/2013, un percorso di ridefinizione dei servizi territoriali e della rete ospedaliera con l'obiettivo di garantire la continuità delle cure e l'integrazione ospedale-territorio, in particolare per le persone con patologia cronica, potenziando i servizi assistenziali cosiddetti di "cure intermedie" e in particolare attivando strutture intermedie territoriali (Ospedali di Comunità). Con la DGR n.221/2015 ("Requisiti specifici per l'accreditamento del Dipartimento di Cure primarie"), si comincia a definire formalmente il quadro normativo dell'Ospedale di Comunità, esplicitandone alcune caratteristiche fondamentali: criteri di accesso per i pazienti, requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, fino a declinare alcuni indicatori di processo e di esito per un monitoraggio della qualità ed efficacia dell'assistenza erogata (13, 14).

Quale evoluzione per le Cure Intermedie nelle regioni italiane?

Dai documenti programmatori nazionali e dalle diverse esperienze locali, quindi, risulta sempre più evidente come lo sviluppo dell'integrazione tra ospedale e territorio stia

assumendo un ruolo centrale e fondamentale per assicurare la continuità delle cure. Il riorientamento del focus del sistema di cure verso le cure primarie, le cure intermedie e la gestione proattiva delle patologie croniche, per intercettare i bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana, fragile e con multimorbidità, è ormai un trend consolidato che trova sempre maggiori evidenze e rappresenta un caposaldo della futura programmazione sanitaria.

Le principali iniziative di continuità ospedale-territorio saranno soprattutto rappresentate da contesti assistenziali funzionalmente collocati fra l'ospedale per acuti ed il domicilio, costituiti da sistemi di cura eterogenei fra loro e differenti dal punto di vista strutturale e funzionale (ospedali di comunità, assistenza domiciliare integrata, ma anche posti letto temporanei in strutture socio-sanitarie, etc.), accomunati però dall'obiettivo di fornire servizi in un limitato arco temporale, a domicilio, in ambiente ambulatoriale, semi-residenziale o residenziale, per evitare il ricorso improprio all'ospedale per acuti e l'istituzionalizzazione di lungo periodo non necessaria. Gli eventi clinici che si manifestano in persone con patologie croniche (in età evolutiva o avanzata) conducono gradualmente alla rottura di un fragile equilibrio, riducendo progressivamente nel tempo l'autonomia del paziente. Questo accade principalmente subito dopo un evento acuto, quando l'intervento sanitario, concentrandosi sulla necessaria risoluzione dell'evento stesso, molto spesso finisce con il peggiorare il fragile quadro generale. Il momento intermedio fra la risoluzione di un nuovo evento acuto o di una riacutizzazione e il ritorno alla vita quo-

tidiana di una persona con problemi di salute preesistenti (spesso di età avanzata) presenta quindi un rischio notevole di riduzione dell'autonomia preesistente, anche in maniera non reversibile.

La sfida che si apre oggi ai servizi di cure intermedie è quindi quella di intervenire subito dopo o in corso di risoluzione dell'evento acuto per valorizzare la funzionalità residua, riportando la persona al massimo livello di autonomia possibile. In questi contesti la multidimensionalità del bisogno degli utenti di cure intermedie comporta necessariamente interventi multidisciplinari da parte di equipe, formate non solo dai vari professionisti coinvolti (Medico specialista, Medico di medicina generale, Infermiere, altri professionisti dell'area sia sanitaria che sociale), ma dagli stessi malati e loro familiari: solo in questo modo potrà essere infatti possibile incidere positivamente sulla qualità della vita del malato.

Nel contesto normativo ed organizzativo in costante evoluzione, in cui un'attenzione particolare è posta sul tema delle "cure intermedie", è però necessario porsi alcuni interrogativi:

- Che cos'è il sistema delle "cure intermedie", quali i suoi obiettivi, a quali tipologie di pazienti è rivolto, e con quali modalità di erogazione?
- Come può il settore delle "cure intermedie" porsi nella prospettiva di favorire il coordinamento e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale producendo valore aggiunto per la persona?

Per rispondere a questi quesiti e per una corretta programmazione e valutazione di impatto del sistema di "cure intermedie", oc-

corre costruire esperienze e strumenti di monitoraggio e valutazione comparativa, applicando i principi e la metodologia dell'Health Service Research per supportare le Aziende sanitarie nella valutazione della qualità ed efficacia in termini di: accessibilità, utilizzo delle risorse e appropriatezza dello skill-mix, definizione di outcomes riferiti alle autonomie dei pazienti e percezione/soddisfazione per l'assistenza ricevuta. Il monitoraggio e la valutazione di efficacia dei servizi di Cure Intermedie dovrà essere poi arricchito da attente valutazioni di costo-efficacia.

Da questo punto di vista, un esempio particolarmente interessante ci viene fornito ancora una volta dall'Inghilterra e nello specifico, dall'iniziativa del National Audit of Intermediate Care.

Come valutare i servizi di Cure Intermedie: l'esempio inglese del National Audit of Intermediate Care

Il National Audit of Intermediate Care (NAIC) è un audit sulla committenza ed erogazione delle Cure Intermedie in Inghilterra e Galles, realizzato dal NHS Benchmarking Network in collaborazione con la British Geriatrics Society e altre associazioni e società scientifiche inglesi. L'audit viene condotto ciclicamente dal 2012, e nel 2014 circa la metà del Servizio Sanitario Nazionale risulta coinvolto nel progetto. Il NAIC è suddiviso in due livelli: un audit "organizzativo", che raccoglie dati annuali su copertura, modelli, accessibilità, attività, finanziamento, staff-mix, qualità ed esiti, e un audit "a livello dell'utilizzatore del servizio". In particolare,

gli indicatori di esito utilizzati per l'audit "a livello dell'utilizzatore del servizio" comprendono l'Indice di Bathel Modificato (MBI), il punteggio Sunderland e il Therapy Outcome Measures (TOMs), oltre ad una indagine sulla percezione/soddisfazione per l'assistenza ricevuta (che ha portato alla validazione di un questionario sviluppato ad hoc, in collaborazione con l'Università di Leeds, per l'utilizzo nell'ambito del NAIC: il Patient Reported Experience Measure - PREM) (15). Il progetto offre un quadro completo dei servizi che supportano le persone anziane o fragili a rischio di essere ricoverati oppure che sono già state dimesse da un ospedale per acuti, ma rimangono a rischio per la presenza di patologie croniche. La rilevazione avviene in quattro differenti categorie di servizi di Cure Intermedie:

1. Crisis Response: servizi di risposta alle crisi che forniscono assistenza a breve termine per un massimo di 48 ore.
2. Bed Based Services: servizi ospedalieri di base che forniscono assistenza in strutture dotate di posti letto, quali per esempio, i Community Hospitals.
3. Home Based Services: servizi domiciliari di base che forniscono assistenza direttamente nelle case delle persone attraverso un team multi-specialistico, in particolare attraverso l'intervento di infermieri e fisioterapisti.
4. Re-ablement: servizi di re-inserimento che forniscono assistenza al domicilio, attraverso un team di professionisti del settore sociale, per aiutare le persone a vivere in modo indipendente.

Obiettivo del NAIC è cercare di dare una risposta a cinque interrogativi principali:

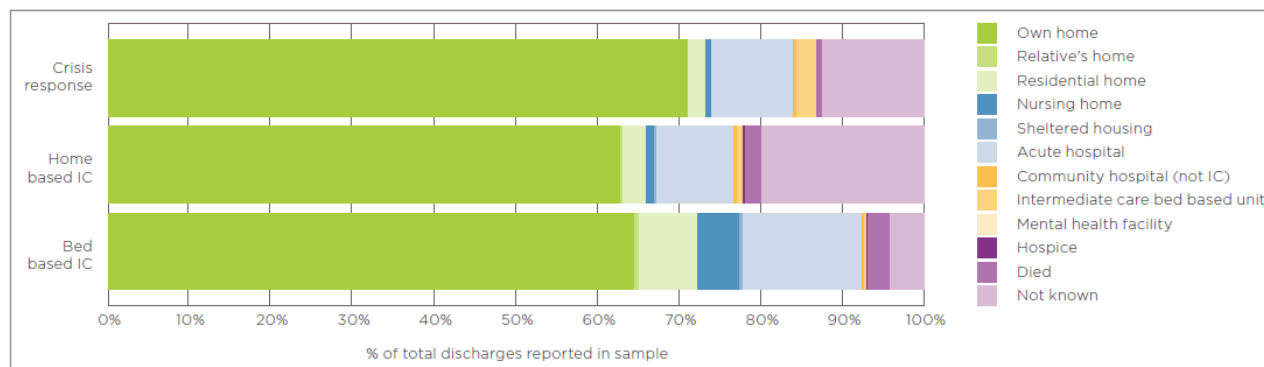
1. Le Cure Intermedie funzionano?
2. Le Cure Intermedie sono costo-efficienti?
3. Il sistema è in grado di fare la differenza?
4. Quali sono le caratteristiche di un buon servizio di Cure Intermedie?
5. Come si può portare avanti l'idea?

I risultati dell'audit (edizione 2014) sembrano essere incoraggianti.

Relativamente al primo interrogativo, i dati che descrivono la destinazione del paziente alla dimissione (utilizzata come proxy di esito) evidenziano ad esempio come al termine di un servizio di CI "domiciliare", il 63% dei pazienti rimane al proprio domicilio e il 9% viene ammesso in una struttura per acuti. Il 70% dei pazienti che utilizzano questi servizi mostrano un miglioramento nel punteggio Sunderland, misurato al termine del servizio di CI "domiciliare"; un ulteriore 20% mantiene il punteggio iniziale. Un analogo miglioramento viene registrato per l'85% dei pazienti che utilizzano un servizio di CI "residenziale" (valutato come differenziale nel punteggio MBI). In generale, i pazienti riportano un'esperienza positiva: ad esempio, nell'ambito dei servizi di CI "domiciliari" il 96% dei pazienti risponde "Sì - sempre" alla domanda "In generale, mi sono sentito trattato con rispetto e dignità?".

Un elemento particolarmente importante per la qualità e l'efficacia delle Cure Intermedie sembra essere la presa in carico da parte di un team multidisciplinare: i dati dell'audit infatti mostrano come gli esiti (misurati come MBI oppure punteggio Sunderland, a seconda della natura residenziale o domiciliare del servizio) sembrano migliorare all'aumentare del numero di tipologie di professionisti coinvolti nella presa in carico del paziente.

Figura 2 - Destinazione del paziente alla dimissione, per categoria di servizi di CI



Fonte: National Audit of Intermediate Care Summary Report, 2014

Figura 3 - L'esperienza dell'utilizzatore del servizio

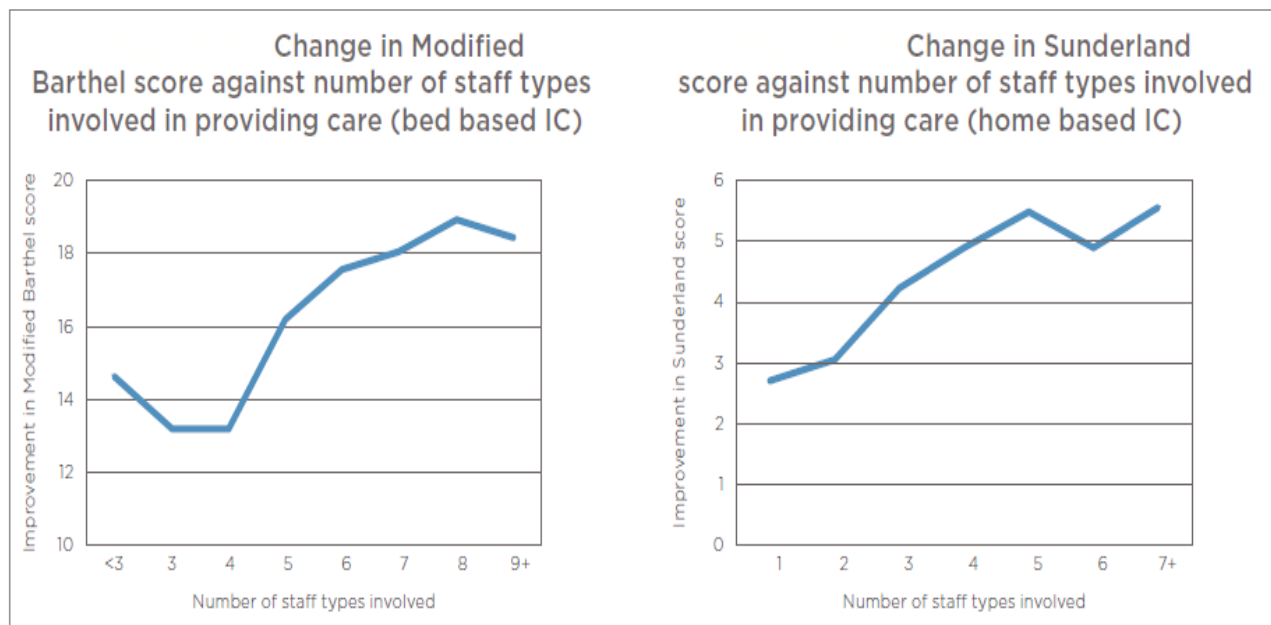


Fonte: National Audit of Intermediate Care Summary Report, 2014

Per quanto riguarda la sostenibilità del sistema, in Inghilterra l'offerta di servizi di Cure Intermedie rappresenta ancora una minima parte dell'intera offerta sanitaria e assistenziale (ciò è molto evidente, ad esempio, per i servizi di "risposta alla crisi", rispetto alle ammissioni in Pronto Soccorso). Al momento non ci sono peraltro evidenze che facciano ipotizzare un aumento del finanziamento

nazionale. A fronte di queste considerazioni, i tempi di attesa per i servizi di Cure Intermedie aumentano nei tre anni dell'audit, e ciò è indicativo di una crescente pressione su questa tipologia di servizi. Nel 2014, il tempo medio di attesa per l'attivazione di un servizio di CI "domiciliare" è di 6 giorni. Risulta implicito che per migliorare e potenziare i servizi di Cure Intermedie, occorre

Figura 4 - Relazione tra skill-mix e outcome



Fonte: National Audit of Intermediate Care Summary Report, 2014

sviluppare ulteriormente sistemi di monitoraggio e valutazione della qualità dei servizi erogati: il NAIC è stato condotto anche nel 2015 e a novembre saranno presentati i risultati della nuova edizione.

Il gruppo di ricerca dell'Università di Bologna è coinvolto in un progetto di collaborazione con il NHS Benchmarking Network, per una condivisione delle informazioni e riflessioni sui risultati del NAIC, al fine di

valutare quali possibili ricadute conoscitive ed esperienziali è possibile trarre per i nostri sistemi nazionale e regionali. Dal momento che non esistono ad oggi best practice riconosciute su questi ambiti, è solo dallo studio di casi e dai confronti nazionali e internazionali che è possibile trarre ispirazione per identificare soluzioni innovative per l'organizzazione dei servizi e le politiche sanitarie.

BIBLIOGRAFIA

1. Fantini MP, Borgonovi E, Maciocco G, Pieri G, Longo F. La ricerca di modelli clinici e organizzativi capaci di coniugare personalizzazione e ingegnerizzazione delle cure. *Mecosan Management ed economia sanitaria* 2013; 87: 3-8.
2. Fantini MP, Pieri G, Rosa S, Caruso B, Rossi A, Pianori D, Longo F. Definire e programmare le Cure Intermedie nella filiera dei servizi per la fragilità e gli anziani: metodi ed evidenze dal caso della Regione Emilia-Romagna. *Mecosan Management ed economia sanitaria* 2015; 93: 75-97.
3. Compagni A, Tediosi F, Tozzi V.D. L'integrazione tra ospedale e territorio nelle Aziende Sanitarie, in Cantu' Elena (a cura di), *Rapporto OASI 2010: L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Milano: EGEA; 2010.
4. Pearson M, Hunt H, Cooper C, Shepperd S, Pawson R, Anderson R. *Intermediate care: a realist review and conceptual framework*. Final report.

- NIHR Service Delivery and Organisation programme; 2013.
5. Mongardi M, Lenzi J, Di Ruscio E, Rucci P, Vizio-
li M, Randazzo C, Toschi E, Carradori T, Fantini
M.P. Il fenomeno delle dimissioni ospedaliere ri-
tardate nella Regione Emilia-Romagna. *Mecosan
Management ed economia sanitaria* 2013; 86: 73-
86.
 6. Lenzi J, Mongardi M, Rucci P, Di Ruscio E, Vizio-
li M, Randazzo C, Toschi E, Carradori T, Fantini
MP. Sociodemographic, clinical and organizational
factors associated with delayed hospital discharges:
a cross-sectional study. *BMC Health Service Re-
search* 2014; 14: pp. 128.
 7. Mirza Z. Intermediate Care Project. Report to
South Kent Coast Health and Well Being Board.
London: NHS, South Kent Coast, Clinical Com-
missioning Group; 2013.
 8. NHS BENCHMARKING NETWORK. Nation-
al Audit of Intermediate Care. Report 2014. Testo
disponibile al sito: [http://www.nhsbenchmark-
ing.nhs.uk/partnership-projects/National-Au-
dit-of-Intermediate-Care/year-three.php](http://www.nhsbenchmarking.nhs.uk/partnership-projects/National-Audit-of-Intermediate-Care/year-three.php) [consul-
tato il 25/09/2015].
 9. CONFERENZA PERMANENTE PER I RAP-
PORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E
BOLZANO. Patto per la Salute per gli anni 2014-
2016. Intesa sancita il 10 luglio 2014.
 10. MINISTERO DELLA SALUTE. Piano Sanitario
Nazionale 2003-2005. Testo disponibile al sito:
[http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/
p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=948](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=948) [consulta-
to il 25/09/2015].
 11. MINISTERO DELLA SALUTE. Piano Sani-
tario Nazionale 2006-2008. Testo disponibile al
sito: [http://www.salute.gov.it/portale/documen-
tazione/p6_2_2_1.jsp?id=1205](http://www.salute.gov.it/portale/documen-
tazione/p6_2_2_1.jsp?id=1205) [consultato il
25/09/2015].
 12. MINISTERO DELLA SALUTE. Decreto n. 70
del 2 aprile 2015. Regolamento recante definizione
degli standard qualitativi, strutturali, tecnologi-
ci e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
(15G00084) (GU Serie Generale n.127 del 4-6-
2015). Testo disponibile al sito: [http://www.
gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/04/15G00084/
sg%20](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/04/15G00084/sg%20) [consultato il 25/09/2015].
 13. REGIONE EMILIA-ROMAGNA. DGR
n.284/2013. "Indicazioni attuative del Piano So-
ciale e Sanitario Regionale per il biennio 2013-
2014. Programma annuale 2013: obiettivi e criteri
generali di ripartizione del fondo sociale ai sensi
dell'art. 47, comma 3 della L.R. 2/2003".
 14. REGIONE EMILIA-ROMAGNA. DGR
n.221/2015. Requisiti specifici per l'accreditamen-
to del Dipartimento di Cure primarie.
 15. Teale Ea, Young Jb. A Patient Reported Experience
Measure (PREM) for use by older people in com-
munity services. *Age Ageing* 2015; Jul; 44(4):667-
72. DOI: 10.1093/ageing/afv014. Epub 2015 Feb
21.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno