

*Al piccolo G.
che anche se non ha ancora visto il suo primo raggio di sole
ha già colorato la mia vita con tutte le sfumature
dell'arcobaleno*

INDICE

1.1 BACKGROUND DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO	6
1.2 BACKGROUND CLINICO	10
<u>2. ANALISI DEL CONTESTO TERRITORIALE.....</u>	<u>20</u>
2.1 OFFERTA RIABILITATIVA ESISTENTE NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO DI ANCONA	22
2.2 ATTUALE ORGANIZZAZIONE SERVIZIO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE POST ACUZIE DI ANCONA - SEDE DI ANCONA	24
2.3 RIORGANIZZAZIONE SERVIZIO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE POST ACUZIE DI ANCONA - REQUISITI PER INTRODUZIONE DI UN'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE.	26
<u>3. ANALISI DI FATTIBILITÀ.....</u>	<u>29</u>
3.1 ANALISI SISTEMICA E INDICATORI DI COMPLESSITÀ ORGANIZZATIVA APPLICATI AL CONTESTO ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO DI RIABILITAZIONE POST-ACUZIE DI ANCONA.....	30
3.2 BUSINESS MODEL CANVAS	40
<u>4. ORGANIZZAZIONE AMBULATORIO LOGOPEDICO.....</u>	<u>45</u>
4.1 ATTUALE ORGANIZZAZIONE OPERATIVA, MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO E LISTA D'ATTESA	46
4.2 SERVIZI OFFERTI E RELATIVI PERCORSI	50
<u>5. PIANIFICAZIONE STRATEGICA E INDICATORI DI PERFORMANCE.....</u>	<u>54</u>
5.1 ANALISI SWOT.....	55
5.2 ANALISI PDCA	59
<u>6. CONCLUSIONI E OBIETTIVI FUTURI.....</u>	<u>69</u>

1.INTRODUZIONE

Il Servizio Sanitario Nazionale, istituito con la legge n 833 del 1978, basa la sua esistenza su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza e equità[1]. Per poter perseguire tali principi, risulta imprescindibile un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, pensato per le persone e costruito e ridefinito insieme ad esse e in base alle evoluzioni sociali, demografiche ed epidemiologiche. In questa visione e contesto nasce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), andando a ridurre le possibili disuguaglianze e costruendo, allo stesso tempo, un modello di offerta di servizi condiviso ed omogeneo su tutto il territorio nazionale. Per questo motivo l'Assistenza Primaria rappresenta una prima e fondamentale porta di accesso ad un servizio sanitario. La Direzione Generale della Commissione Salute Europea definisce Assistenza primaria come "l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da equipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone"[2]. Questa visione di assistenza, nel contesto italiano, si esplica mediante l'attività distrettuali e la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali.

Con il decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 si è ridefinito il "regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"[3]. Tale decreto costituisce la Riforma del settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e definisce un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale, volta a definire standard relativi all'assistenza sul territorio. Nello specifico tale decreto pone attenzione su:

- sviluppo di strutture di prossimità, come le Case di Comunità, per rispondere a bisogni sanitari e sociosanitari;
- potenziare le cure domiciliari;
- integrare l'assistenza sanitaria e sociale e sviluppare equipe multiprofessionali che possano prendere in carico le persone in un'ottica olistica, con maggior cura alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;

- pianificare le prese in carico in un'ottica di intensità dei bisogni di cura;
- ampliare l'utilizzo di modelli di servizi digitalizzati, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio per individuare precocemente le persone da assistere e per una gestione integrata dei loro percorsi di salute;
- valorizzare la partecipazione di tutte le risorse di comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi enti locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni, professionisti, pazienti, caregiver, associazioni etc.).

Per poter meglio pianificare le azioni e i servizi erogati dal distretto, risulta opportuno avere una conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati ai bisogni e agli esiti di salute, oltre che avere informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita in un determinato territorio, sulla prevalenza di patologie croniche e sulla popolazione fragile.

Quest'ottica di potenziamento dei servizi territoriali per una maggior vicinanza alle esigenze dell'utenza sono i presupposti che hanno spinto e supportato la decisione di rafforzare l'offerta riabilitativa territoriale nel distretto di Ancona. Nel seguente progetto di tesi si svilupperà, quindi, l'analisi, da un punto di vista manageriale-organizzativo, dell'apertura di un ambulatorio logopedico adulti all'interno del già esistente Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona.

Per poter delineare il contesto in cui verrà sviluppato questo progetto manageriale, si andranno a descrivere, nei paragrafi successivi, il background demografico ed epidemiologico della popolazione residente nella Regione Marche con focus sui residenti nel distretto di Ancona e il background clinico inerente agli ambiti di lavoro della nuova offerta proposta.

1.1 BACKGROUND DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO

Nell'ultimo quadriennio la popolazione italiana è progressivamente diminuita, con una riduzione di circa 809 mila unità[4]. Attualmente in Italia sono residenti 59,26 milioni di persone (dati al 1° gennaio 2021), con un tasso di variazione negativo medio annuo del 3.38 %. Significativo evidenziare come nell'ultimo anno preso in esame, ovvero dal 1° gennaio 2020 al 1° gennaio 2021, si sia verificata una diminuzione del 6.44% a causa dell'impatto della pandemia di COVID-19 su natalità e mortalità. Questo andamento si riflette sulla distribuzione della popolazione per fasce di età: mentre aumentano in modo costante gli anziani, si osserva una sempre maggiore riduzione dei giovani.

La popolazione residente nella Regione Marche, al 1° gennaio 2021, è pari a 1.501.406 abitanti (dato provvisorio pubblicato dall'Istat[4]). L'analisi della tendenza della popolazione della Regione Marche mostra un andamento decrescente negli ultimi anni e, come già rilevato nel contesto nazionale, il tasso di variazione del periodo ha risentito dell'impatto della pandemia COVID-19.

L'evoluzione descritta comporta, quindi, una significativa variazione nella composizione della popolazione per fasce d'età, con evidenti ripercussioni sul fabbisogno di servizi di salute. Come rilevato a livello nazionale, la popolazione di età superiore ai 65 anni subirà, nel quinquennio, un aumento del 5,5%, ovvero si passerà da 384 mila persone over 65 stimate al 1° gennaio 2022 a 405 mila persone over 65 stimate al 1° gennaio 2027. Allo stesso modo si avrà anche una contrazione della popolazione di età under 65 nello stesso periodo (-4,5% nel quinquennio). Considerando la tendenza in diminuzione della popolazione residente, l'aumento del numero di residenti anziani inciderà sulla composizione della popolazione nel suo complesso: si avrà pertanto nel 2027 il 27,6% di persone con 65 anni e più (di cui il 5% over 85 anni) e il restante 72,3% di persone compreso nelle fasce di età da 0 anni a 14 anni e da 15 anni ai 65 anni.

Entrando nello specifico della realtà territoriale presa in esame, l'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona si estende su un territorio di 2178,22 km², corrispondenti al 23.3% dell'intero territorio regionale. La popolazione assistita al 1° gennaio 2022 è pari a 4736881, distribuita in 50 Comuni e 4 Distretti[5]. In Tabella 1 si riporta la popolazione divisa per età e distretto.

AST - ANCONA	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1/01/2022	CLASSI DI ETÀ'							
		NEONATI	1-4 anni	5-14 anni	15-44 anni Maschi	15-44 anni Femmine	45-64 anni	65-74 anni	>=75 anni
DS 04 - Senigallia	76.543	482	1.972	6.524	11.988	11.600	23.539	9.426	11.012
DS 05 - Jesi	103.583	638	2.821	9.425	16.480	15.991	31.632	12.493	14.103
DS 06 - Fabriano	43.594	213	1.085	3.756	6.706	6.561	13.493	5.475	6.305
DS 07 - Ancona	249.968	1.606	6.906	22.313	41.041	38.440	76.279	29.593	33.790
TOTALE	473.688	2.939	12.784	42.018	76.215	72.592	144.943	56.987	65.210

Tabella 1. Distribuzione della popolazione marchigiana nel territorio dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona

L'indice di vecchiaia, determinato come rapporto tra il numero di ultrasessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni, è pari al 212%, valore allineato al dato regionale che è di 213% e al di sopra di 24 punti percentuali rispetto al dato nazionale, che si attesta a 188%. Al 01/01/2022 gli ultrasessantacinquenni dell'AST di Ancona sono 122.197 e rappresentano il 25,8% della popolazione residente, dato sostanzialmente allineato alla media regionale che è al 25,68% e superiore al dato italiano che si attesta al 23,8%.

La figura 1, detta "Piramide delle Età", rappresenta la distribuzione della popolazione delle Marche per età e sesso al 1° gennaio 2022. La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra).

In generale, la forma di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, pertanto la base piuttosto "stretta", un segmento mediano più allargato ed un vertice "appiattito" testimonia un calo delle nascite ed un aumento della popolazione più anziana, in particolare si evidenzia la maggiore longevità femminile degli ultrasessantenni, che evidenzia l'attesa di vita maggiore.

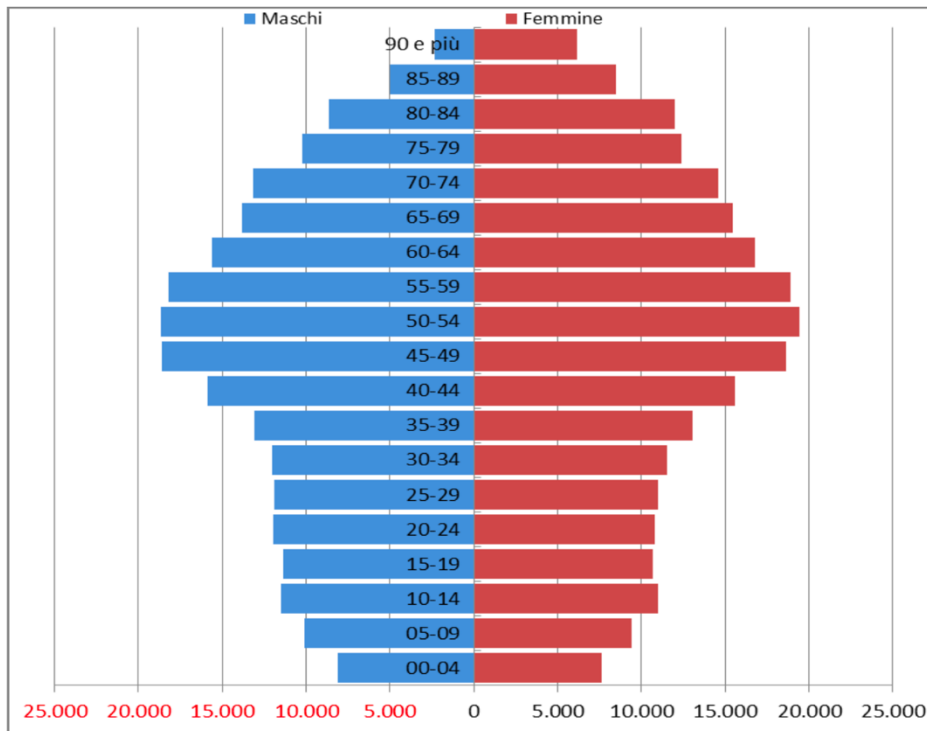


Figura 1. Piramide della popolazione

Alla luce di quanto emerso sembra evidente che una delle maggiori sfide in ambito sanitario sia l'ottimizzazione delle risorse disponibili, al fine di rispondere alla complessità delle domande di salute indotte dalla continua crescita delle patologie cronico-degenerative. La cronicità, in particolare per le fasce più anziane della popolazione, è un'area in progressiva crescita, che comporta un maggiore impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

A livello nazionale, più della metà delle persone tra i 65 e gli 85 anni risulta avere una o più malattie croniche e, con l'avanzare dell'età, questa propensione tende ad aumentare. Attraverso l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del triennio 2017-2019 è possibile definire un prospetto delle patologie più ricorrenti negli abitanti della Regione Marche. Malattie cardiovascolari e tumori risultano essere le patologie più diffuse, seguite da diabete e patologie cerebrovascolari. Oltre a questi, vi sono altri motivi di ricovero che hanno un'incidenza importante in termini di diagnosi, terapia, presa in carico e coinvolgimento attivo dei caregiver quali broncopneumopatie cronico ostruttive (BPCO), insufficienza renale, demenze (in particolare la demenza di Alzheimer) e la Sclerosi Multipla.

Una delle sfide più complesse è quindi rappresentata dall'ottimizzazione, da parte dei sistemi sanitari, delle risorse disponibili, al fine di rispondere alla complessità delle domande di salute indotte dalla continua crescita delle patologie cronico-degenerative. Il mondo della cronicità, in particolare per le fasce più anziane della popolazione, è un'area in progressiva crescita, che comporta un sempre maggiore impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

Considerando l'aspettativa di vita ed un numero sempre maggiore di soggetti con età maggiore di 65 anni, come riportato dall'analisi dei dati ISTAT, risulta evidente come il trattamento delle patologie croniche non trasmissibili risulti essere un focus importante in termini di obiettivi sanitari, al fine di garantire un adeguato accesso alle cure, un miglioramento della qualità di vita, una riduzione/rallentamento di complicanze correlate con la malattia e una sempre maggiore autonomia delle persone nella gestione della propria situazione clinica.

1.2 BACKGROUND CLINICO

Come evidenziato dall'analisi epidemiologica, oltre alla sempre più incisiva sfera clinica della cronicità, a livello Regionale c'è un'incidenza elevata di patologie che, oltre a cure mediche e farmacologiche, richiedono spesso anche una presa in carico riabilitativa per contrastare o abilitare funzionalmente una serie di segni, sintomi e/o complicanze.

Entrando nello specifico della branca di interesse, la richiesta di presa in carico logopedica prevede i seguenti ambiti di intervento:

- valutazione e trattamento dei disturbi di deglutizione;
- valutazione e trattamento dei disturbi cognitivo-comunicativi-linguistici;
- valutazione e trattamento delle disfunzioni laringee/vocali.

Di seguito verrà compilata una breve trattazione circa i disturbi meritevoli di presa in carico logopedica e le prevalenze degli stessi nella popolazione.

Disturbi di deglutizione

Con deglutizione si intende l'abilità di convogliare sostanza liquidi, solide, gassose o mista dall'esterno allo stomaco. Quando questo meccanismo fisiologico subisce una variazione che ne compromette parzialmente o del tutto la funzionalità, si parla di disfagia[6].

La disfagia si può presentare con difficoltà nella suzione, nel mangiare, nel bere, nel masticare, nel controllo della saliva, nell'assunzione di medicine o nella protezione delle vie aeree durante il pasto con la comparsa di tosse, raclage, qualità della voce gorgogliante[7]. Inoltre, può associarsi a dolore durante la deglutizione, sensazione di cibo nella gola o nel petto, bruciore di stomaco frequente e reflusso, perdita di peso inaspettata e/o rinuncia ad alcune tipologie di cibo.

Il disturbo di deglutizione può essere transitorio o a lungo termine e presentarsi in qualunque momento della vita. Le principali complicanze associate a disfagia sono malnutrizione, disidratazione, polmonite ab ingestis e soffocamento.

In Tabella 2 si riportano le cause più significative di disfagia.

Categorie eziologiche	Quadri patologici
-----------------------	-------------------

Cause iatrogene	Effetti collaterali di terapie farmacologiche (chemioterapia, neurolettici, etc.) Post-chirurgica muscolare o neurogena Radioterapia
Cause infettive	Corrosiva (lesioni da pillole, intenzionale) Tonsillite Difterite Botulismo Malattia di Lyme Sifilide Mucosite (Herpes, Cytomegalovirus, Candida, etc.)
Cause miopatiche	Malattia del connettivo (overlap syndrome) Dermatomiosite Miastenia grave Distrofia miotonica Distrofia oculofaringea Polimiosite Sarcoidosi Sindromi paraneoplastiche
Cause neurologiche	Tumori del tronco Trauma cranico Stroke Paralisi cerebrale Sindrome di Guillan-Barrè Morbo di Huntington Sclerosi multipla Polio Sindrome post-polio Discinesia tardiva Encefalopatie metaboliche Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) Morbo di Parkinson Demenza
Cause psicogene	Fagofobia Disturbi somatoformi
Cause strutturale	Barra cricofaringea Diverticolo di Zenker Cicatrici cervicali Tumori orofaringei, laringei, esofagei Osteofiti e anomalie scheletriche

Tabella 2. Le più significative malattie che causano disfagia

A livello globale si stima una prevalenza della disfagia del 43.8%, con un aumento significativo nella popolazione di soggetti più anziani[8].

Tale percentuale varia, oltre che in base all'età, anche a seconda della patologia di base che causa la presenza del disturbo disfagico. Nei soggetti colpiti da ictus, la prevalenza di disfagia varia dal 37% al 78%. La presenza del disturbo è più alta nei giorni subito successivi allo stroke e tende a decrescere nei giorni successivi. Anche nelle persone

con malattie neoplastiche del distretto testa-collo sottoposti a trattamento radio-chemioterapici o a chirurgia sono presenti segni di disfagia nel 59% dei casi.

Percentuali significative, ma molto variabili, vengono riportati anche in soggetti con trauma cranico. Diversi studi riportano una prevalenza che va dal 4,5% al 78% correlati alla gravità del trauma cranico e alla strumentazione utilizzata per la valutazione del disturbo di deglutizione. La disfagia, inoltre, è un sintomo molto frequente in patologie neurodegenerative quali Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Sclerosi Multipla (SM), Malattia di Parkinson e Miastenia gravis. L'insorgenza dei disturbi di deglutizione, in questi casi, è molto variabile e, generalmente, tende a peggiorare con il progredire della malattia. Per tale motivo lo studio della prevalenza risulta difficoltoso con una differenza sensibile a seconda della fase della malattia in cui il disturbo viene rilevato[9].

Nella popolazione italiana la prevalenza della disfagia è circa il 20% con un aumento della stessa, in linea con quanto esposto in precedenza, in alcuni casi specifici come, ad esempio, nella popolazione anziana residente in strutture protette, in caso di stroke o emorragie cerebrali, nelle persone con trauma cranico, nei soggetti con Parkinson o in caso di tumori del distretto testa-collo[6].

Disturbi cognitivo-comunicativi-linguistici

Con disturbi acquisiti di linguaggio si intendono difficoltà nella produzione e/o comprensione del linguaggio sopraggiunti in epoca successiva all'acquisizione dello stesso, principalmente a causa di eventi traumatici cerebrali (es. stroke, emorragie, traumi cranici, tumori etc.) o di patologie neurodegenerative.

Possiamo dividere i disturbi acquisiti di linguaggio in disturbi nel pattern motorio del linguaggio (disartria e aprassia verbale) e nell'elaborazione centrale del linguaggio (afasia).

La disartria è un deficit nella produzione del linguaggio che deriva da un danno neuromotorio al sistema nervoso centrale o periferico. Questo termine definisce, collettivamente, un gruppo di disordini del linguaggio di tipo neurologico che provocano alterazioni nella forza, nella velocità, nell'ampiezza, nella stabilità, nel tono

e nell'accuratezza dei movimenti richiesti per la respirazione, la fonazione, la risonanza, l'articolazione o la produzione degli aspetti prosodici dello *speech*[10].

Esistono diversi tipi di disartria a seconda delle caratteristiche del disturbo e del danno neurologico. In Tabella 3 si elencano le principali cause e caratteristiche delle disartrie secondo la classificazione di Darley, Aronson, Brown.

Tipo di disartria	Cause	Principali caratteristiche
Flaccida	Danno ai nervi cranici, ai nervi spinali o alla giunzione neuromuscolare	Debolezza muscolare che può determinare imprecisione consonantica, qualità vocale soffiata, ipernasalità, insufficiente supporto respiratorio e alterazione della prosodia
Spastica	Danno bilaterale al motoneurone superiore da sistemi piramidale ed extrapiramidale; spesso causata da ictus del tronco encefalico	Spasticità e debolezza nella muscolatura deputata al linguaggio che provoca fonazione aspra o tesa-strozzata, imprecisione consonantica, ipernasalità e alterazione della prosodia
Da lesione unilaterale del motoneurone superiore	Danno unilaterale al motoneurone superiore	L'imprecisione consonantica è la caratteristica più comune; alcuni pazienti possono presentare breakdown articolatori irregolari o qualità della voce aspra
Atassica	Danno al cervelletto o alle fibre nervose che connettono il cervelletto al resto del sistema nervoso centrale	Deficit nel controllo del timing e nella forza dei movimenti possono portare ad una qualità dell'eloquio "da ubriaco", imprecisione consonantica, distorsione vocalica, breakdown articolatori irregolari e alterazione della prosodia
Ipocinetica	Una riduzione della dopamina nei nuclei della base: il parkinsonismo è la causa più comune	Riduzione dell'ampiezza e velocità dei movimenti, fonazione aspra o soffiata, imprecisione consonantica e alterazione della prosodia; alcuni pazienti presentano un aumento della velocità dell'eloquio
Ipercinetica	Spesso associata a danno dei nuclei della base, ma in alcune condizioni l'origine è sconosciuta	Movimenti involontari che interferiscono con la normale produzione del linguaggio, inspirazione ed espirazione impreviste, breakdown articolatori irregolari e alterazione della prosodia
Mista	Danno neurologico che si estende a più parti del sistema motorio	Qualsiasi combinazione delle caratteristiche delle sei disartrie pure

Tabella 3. Principali cause e caratteristiche delle disartrie. Darley L., Aronson A.E., Brown JR. (1969)

La prevalenza e incidenza della disartria ad oggi non è ancora certa, ma vengono riportati dati su alcuni gruppi di popolazioni aventi patologie specifiche. Nello studio di

Weinfeld et. al, ad esempio, i disturbi del linguaggio di vario tipo vengono riportati nel 60% dei pazienti con stroke. In uno studio su persone affette da Malattia di Parkinson, invece, la prevalenza di disartria è riportata nel 90% dei casi. Percentuali significative si registrano anche in pazienti con Sclerosi Multipla e Trauma cranico-encefalico, rispettivamente nel 50% e nel 13% dei casi.

L'aprassia verbale, invece, viene definita come un disturbo fonetico-motorio della produzione del linguaggio, causata da un'inefficienza nella traduzione delle strutture fonologiche ben formate nelle informazioni cinematiche precedentemente apprese, necessarie per realizzare il movimento pianificato. Tale deficit non dipende da paralisi o rallentamento motorio. L'aprassia è quasi sempre associata ad una danno a livello dell'emisfero cerebrale sinistro.

Con afasia si definisce un disturbo della formulazione e della comprensione di messaggi linguistici che consegue a lesioni focali cerebrali in persone che avevano in precedenza acquisito un uso normale del linguaggio. Tale deficit non va ad alterare l'intelligenza o la capacità di provare emozioni, ma impedisce o altera la capacità di utilizzare normalmente il linguaggio nelle attività comunicative di tutti i giorni.

Esistono diverse cause alla base dell'insorgenza dei disturbi afasici. Prevalentemente tali deficit insorgono in modo acuto (con esiti perduranti nel tempo oppure transitori), ma possono presentarsi anche progressivamente. Tra le cause principali troviamo: accidenti vascolari (ictus cerebri) sia di tipo ischemico che emorragico; traumi cranio-encefalici; processi infiammatori/infettivi; esiti di chirurgia endocranica; afasia primaria progressiva; tumori cerebrali.

Attualmente, la classificazione del disturbo afasico si fonda, principalmente, sugli aspetti della produzione verbale spontanea, contrapponendo deficit di linguaggio fluenti e deficit non fluenti le cui caratteristiche principali vengono riportati in Tabella 4[11].

<i>Aspetti clinici</i>	<i>Afasie fluenti</i>	<i>Afasie non fluenti</i>
<i>Caratteristiche dell'eloquio</i>		
-Quantità dell'eloquio:	Eloquio abbondante	Eloquio scarso e laborioso
-Lunghezza delle frasi	Fraasi lunghe e complesse	Fraasi brevi e senza subordinate
<i>Fenomeni qualitativi</i>		
-Aprassia articolatoria:	No	Possibile
-Agrammatismo:	No	Possibile

-Paragrammatismo:	Possibile	No
-Gergo:	Possibile	No

Tabella 4 Aspetti clinici per la distinzione tra deficit afasici fluenti o non fluenti. Luzzatti, 2018, modificata

Grazie a tale classificazione classica possiamo distinguere, tra le afasie fluenti: afasia di Wernicke; afasia transcorticale sensoriale; afasia di conduzione; afasia amnestica. Tra le afasie definite non fluenti invece troviamo: afasia globale; afasia di Broca; afasia transcorticale motoria; afasia transcorticale mista. In Tabella 5 si riportano le principali caratteristiche dell'eloquio spontaneo e dei deficit principali nelle prove verbali.

Tipi di afasia	Eloquio Spontaneo					Prove		
	Fluente/non fluente	Deficit fonologico	Deficit lessicale	Deficit semantico	Deficit morfo-sintattico	Deficit di ripetizione	Deficit di denominazione	Deficit di comprensione
Afasia di Wernicke	Fluente	Si	Si	Possibile	Si	Si	Si	Si
Afasia transcorticale sensoriale	Fluente	No	Si	Si	No	No	Si	Grave
Afasia di conduzione	Fluente	Si	No	No	No	Si	Parafasie fonemiche	No
Afasia amnestica	Fluente	No	Si	Possibile	No	No	Si	No
Afasia di Broca	Non-fluente	Si	Si	No	Si	Si	Si	Lieve-medio
Afasia globale	Non-fluente	Si	Si	Possibile	Si	Grave	Grave	Grave
Afasia transcorticale motoria	Non-fluente	No	No	No	Inerzia verbale	No	No	No
Afasia transcorticale mista	Non-fluente	No	Si	Si	No	No	Si	Grave

Va sottolineato tuttavia che circa il 10-15% dei pazienti afasici risulta non classificabile in modo univoco attraverso il parametro di fluidità e un numero all'incirca pari di casi non è classificabile tra le diverse forme di afasia appena esposte [11].

Questo limite è dovuto principalmente alla grande eterogeneità che si osserva tra pazienti sia nelle richieste di tipo cognitive che neurolinguistiche. Per tale motivo sono stati predisposti modelli di elaborazione del linguaggio che riportino in maggior dettaglio le unità di elaborazione lessicale e sublessicale e la loro possibile compromissione a seguito di lesione cerebrali emisferiche sinistre. L'utilizzo di questo modello non è utile solo ai fini diagnostici, ma anche in termini riabilitativi, permettendo di fare un inquadramento funzionale delle capacità e compromissione linguistiche della persona e di utilizzare il training più adatto per la sua situazione.

La figura 2 rappresenta il diagramma di flusso che descrive le singole unità che permettono l'accesso lessicale in denominazione di figure e l'elaborazione lessicale e non lessicale in ripetizione, lettura e scrittura.

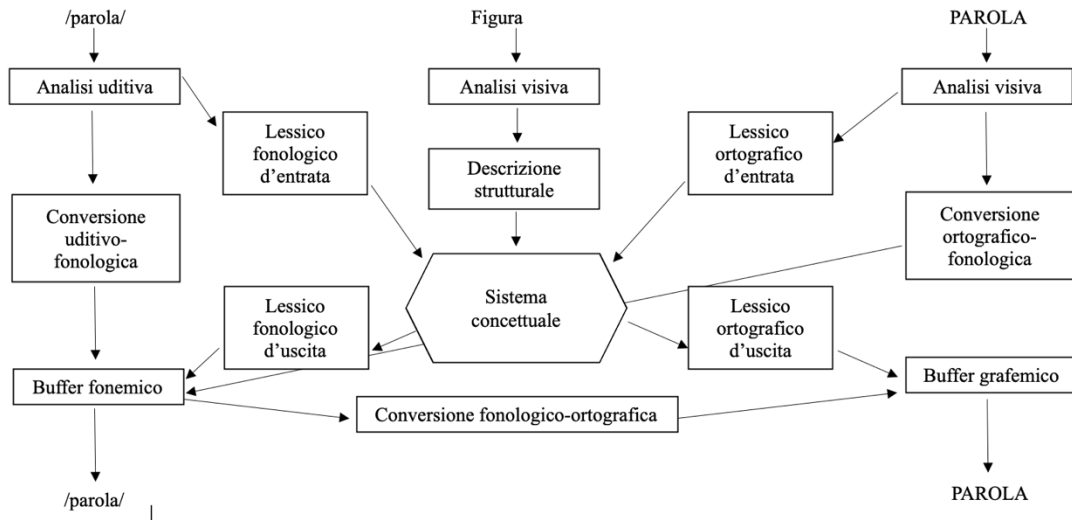


Figura 2. Modello di elaborazione del linguaggio lungo la procedura lessicale per la denominazione di figure e lungo le procedure lessicali e sublessicali per la ripetizione, lettura ad alta voce e scrittura sotto dettato di parole e non-parole. (Luzzatti, 2018)

L'afasia risulta essere un disturbo relativamente diffuso ed estremamente invalidante che incide in modo significativo sulla qualità di vita della persona. In assenza di dati diretti su incidenza e prevalenza dell'afasia si fa riferimento, generalmente, ai dati sulle malattie vascolari che costituiscono la prima causa [12]. L'ictus è la prima causa di invalidità e presenta un'incidenza variabile tra 1,8/1000 e 4,5/1000, a seconda dello studio preso in esame, e una prevalenza di 6,5/100. La presenza di disturbo afasico post ictus ha un'incidenza che va dal 21% al 37%, verificandosi in circa 1/3 casi. In rapporto alla popolazione italiana questi dati indicano la presenza di circa 213.000 afasici in Italia, con una stima variabile tra i 22.000 e i 99.000 nuovi casi ogni anno[11].

Oltre ai citati deficit acquisiti di linguaggio, il logopedista si occupa, in equipe, anche della valutazione e riabilitazione delle funzioni neuro-cognitive implicate sia nella comprensione/produzione del linguaggio che nella definizione della qualità di vita del paziente e il suo reintegro nel contesto socio-familiare.

Le funzioni esecutive rappresentano le abilità che consentono ad una persona di creare e stabilire nuovi pattern di comportamento e modi di pensare e di avere una propria

consapevolezza di essi. Questo risulta essere molto importante in ogni situazione che non può essere affrontata in base agli schemi già appresi dalla persona. Dalla seguente definizione si evince come le funzioni esecutive abbiano una funzione di controllo su altri processi cognitivi. È importante considerare questi aspetti nella riabilitazione poiché la presenza di disturbi esecutivi costituisce un ostacolo al trattamento di altri disturbi cognitivi, portando serie conseguenze sull'integrazione e sull'adattamento psicosociale delle persone[13].

Disfunzioni laringee/vocali

L'ultimo ambito preso in esame è quello della valutazione e trattamento delle disfunzioni laringee e della voce. Con disfonia si intende una alterazione qualitativa o quantitativa della voce. La presenza di un disordine vocale non ha implicazioni solo sull'aspetto comunicativo, ma è anche associato a depressione, al ritiro sociale e, di conseguenza, riduce la qualità della vita negli individui[14].

Nella classificazione nosologica della disfonia risulta maggiormente efficace utilizzare un criterio eziologico in modo tale da ipotizzare fin da subito un progetto terapeutico[15]. In base a tale criterio le disfonie possono essere divise in:

- Disfonie organiche primarie. All'origine del sintomo vocale c'è una lesione organica ad esordio primariamente laringeo (malformazioni congenite, patologia tumorale, patologie infiammatorie, etc....).
- Disfonie organiche secondarie a patologie di altri organi o apparati. In questa categoria rientrano lesioni all'apparato vocale o alterazione nel controllo neurologico delle stesse causate secondariamente a patologie di apparati diversi. Tale danno laringeo è possibile in corso di malattie del sistema endocrino, patologie neurologiche, insufficienza renale, obesità, insufficienza respiratoria, neuropatie, diatesi allergiche, stati carenziali. In questa categoria possiamo avere un'ulteriore divisione tra lesioni laringee apprezzabili dal punto di vista anatomopatologico oppure assenza di alterazioni obiettivabili in laringe.
- Disfonie secondarie all'uso di farmaci. Danni iatrogeni sull'apparato vocale, prevalentemente causati da ormoni virilizzanti, corticoidi, creatina, antistaminici, diuretici e ormoni tiroidei.

- Disfonie funzionali. Si riferiscono ad alterazioni vocali causate da un utilizzo scorretto dell'apparato vocale e possono essere distinte in disfonie funzionali ad espressività laringea o ad esito organico (es. noduli cordali, polipi cordali, ulcere da contatto, edemi diffusi, ipotonia della muscolatura adduttorica) e in disfonie funzionali prive di obiettività (es. alterazioni funzionali del vocal tract).
- Disfonie organiche con sovrapposizione funzionale. In questo caso la disfonia ha origine organica, ma vengono messi in atto dei compensi disfunzionali per la produzione della voce.
- Disfonie psicogene. L'alterazione vocale è causata da un malessere di natura psichica non altrimenti rilevato.

Come per altri aspetti, anche la voce subisce una variazione con il progredire dell'età. L'apparato vocale subisce infatti delle variazioni anatomiche che vanno a ripercuotersi sul piano funzionale, andando a modificare la qualità della voce[15]. Secondo quanto riportato da Wang L. e collaboratori [14] la prevalenza dei disordini vocali nei soggetti anziani è del 18,79 % con un aumento della stessa pari al 33,03% nei soggetti istituzionalizzati.

Nella presa in carico di soggetti con disfunzioni laringee e vocali rientrano anche le persone che hanno subito interventi di laringectomia totale o parziale a causa di patologie oncologiche.

Il tumore della laringe rappresenta il 30-50% delle neoplasie del distretto testa-collo. In Italia si attesta un'incidenza di circa 5.000 nuovi casi/anno negli uomini e 500 casi/anno nelle donne[16].

L'intervento di laringectomia totale comporta la compromissione di molte funzioni correlate alle vie respiratorie superiori ed inferiori, oltre che alla irreversibile separazione tra via digestiva e via respiratoria. Tra le alterazioni si registrano la perdita della voce e della normale comunicazione verbale e la perdita della resistenza delle vie aeree inferiori e del loro condizionamento. Oltre agli aspetti funzionali, tale intervento ha una notevole ripercussione anche sull'impatto psicologico per la persona che, oltre all'affrontare ciò che la malattia comporta in termini clinici, si ritrova a perdere una parte della propria identità, la sua voce[16]. Il ripristino della funzione comunicativo-verbale sarà dunque uno degli obiettivi più importanti della riabilitazione post-intervento. Per raggiungere questo scopo sono attualmente utilizzate tre principali

opzioni riabilitative, selezionate in base alla situazione clinica e alla volontà del paziente:

- utilizzo di laringofono;
- utilizzo di voce esofagea;
- utilizzo di voce tracheo-esofagea grazie all'apposizione di protesi fonatoria.

La laringectomia parziale è una tipologia di intervento ricostruttivo attraverso cui è possibile non demolire totalmente l'organo laringeo, ma, a seconda delle strutture conservate, comporta la formazione di una neoglottide. Secondo il sistema delle laringectomie parziali orizzontali (*Open Partial Horizontal Laryngectomies-OPLH*) è possibile distinguere tre macrocategorie di laringectomie in base al limite inferiore di resezione:

- laringectomia orizzontale sopraglottica (OPHL-I);
- laringectomia sopracricoidea (OPHL-II);
- laringectomia sopratracheale (OPHL-III).

Questo tipo di intervento sfrutta la ridondanza delle strutture anatomiche della laringe che, anche se ridotte in maniera considerevole, riescono a mantenere la capacità di svolgere in maniera efficace le proprie funzioni. Specialmente dopo interventi OPHL di tipo II e III, l'anatomo-fisiologia della laringe subisce una significativa mutazione, basando le sue fondamenta sull'unità crico-aritenoidea[17]. Dopo tali interventi parleremo quindi di neo-laringe e, per quanto riguarda lo sfintere glottico, di neoglottide. Quest'ultima struttura avrà quindi il compito, grazie anche all'aiuto fornito nel percorso riabilitativo, di mantenere la funzionalità respiratoria, fonatoria e deglutitoria.

2. ANALISI DEL CONTESTO TERRITORIALE

Le attività di riabilitazione territoriale comprendono la riabilitazione ambulatoriale, la riabilitazione domiciliare e la riabilitazione in strutture semiresidenziali e residenziali.

Come previsto dalle Linee guida di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete delle riabilitazione n° 124/CSR del 04/08/2021 [18], e dal Piano di Indirizzo della Riabilitazione 30/CSR del 10/02/2011[19], possiamo suddividere le persone che possono usufruire della presa in carico ambulatoriale in due macrocategorie:

1. “casi complessi”: utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti e un elevato grado di disabilità nelle *Activities of Daily Living* (ADL) che richiedono una presa in carico globale nel lungo termine mediante un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) che preveda molteplici programmi terapeutici eseguiti da un team multiprofessionale (almeno tre tipologie di professionisti della riabilitazione, compreso il medico specialista in riabilitazione). Le attività riabilitative vengono erogate sotto forma di prestazioni ambulatoriali complesse e coordinate nella loro esecuzione all'interno dell'Unità Operativa di Medicina Riabilitativa. I trattamenti riabilitativi erogati ai pazienti devono essere registrati in una documentazione clinica riabilitativa dove sono riportate le variazioni rilevate nel compimento del PRI, articolato nei diversi programmi riabilitativi.
2. “casi non complessi”: utenti affetti da menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine che, sulla base di un PRI, necessitano di un solo programma terapeutico riabilitativo erogato o direttamente dal medico specialista in riabilitazione o tramite il PRI, da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione; tali utenti richiedono una presa in carico ridotta nel tempo. Le attività di riabilitazione in regime di assistenza specialistica ambulatoriale possono essere comprese tra quelle erogate dalle strutture e dai servizi collocati in ambito ospedaliero dedicati all'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali per pazienti esterni [19].

In questo capitolo verrà analizzata l'offerta riabilitativa presente sul territorio del distretto di Ancona, facendo riferimento a Servizi Pubblici o Strutture convenzionate con il Sistema Sanitario Nazionale[20], [21].

L'analisi di questi aspetti è fondamentale per supportare o meno il bisogno di integrare, in questo contesto, un Servizio che vada a soddisfare un reale fabbisogno riabilitativo e

di salute. Verrà inoltre illustrato il funzionamento dell'attuale Servizio di Riabilitazione Territoriale post acuzie di Ancona e le implicazioni e procedure di Autorizzazione ed Accredimento per il passaggio a Centro Ambulatoriale di Riabilitazione[22].

2.1 OFFERTA RIABILITATIVA ESISTENTE NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO DI ANCONA

Nel territorio afferente al distretto di Ancona è possibile suddividere l'offerta riabilitativa a seconda della modalità di erogazione (in regime di ricovero e/o ambulatoriale) e la tipologia di servizio erogato (mono o multidisciplinare). Nel caso di servizio mono-disciplinare è prevista la sola erogazione di prestazioni fisioterapiche, mentre le strutture con tipologia di servizio multidisciplinare prevedono anche l'erogazione di prestazioni logopediche.

Di seguito vengono riportate le strutture che erogano riabilitazione nel distretto di Ancona suddivise nelle varie categorie.

Regime di ricovero con presa in carico multidisciplinare:

- Santo Stefano Riabilitazione- RESIDENZA DORICA. Riabilitazione estensiva extraospedaliera[23].

Regime di ricovero e ambulatoriale con presa in carico multidisciplinare:

- INRCA-Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico[24];
- Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus-Centro Bignamini[25];
- Istituto di Riabilitazione Santo Stefano- VILLA ADRIA[23]

Regime di ricovero e ambulatoriale con presa in carico mono-disciplinare (fisioterapica):

- Azienda Pubblica dei Servizi alla Persona Grimani Buttari[26].

Regime ambulatoriale con presa in carico mono-disciplinare (fisioterapica):

- Azienda Sanitaria Territoriale ANCONA-UOS Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona (sedi di Ancona, Chiaravalle, Falconara Marittima, Loreto, Osimo);
- Palestra Zenith- Centro fisioterapico e riabilitativo[27].

Regime ambulatoriale con presa in carico fisioterapica e logopedica:

- Azienda Sanitaria Territoriale ANCONA-UOS Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona, sede di Castelfidardo.

Regime ambulatoriale con presa in carico multidisciplinare:

- Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus- Centro Bignamini sede di Camerano[25].

Considerando la numerosità della popolazione residente nel distretto di Ancona (come riportato nel precedente capitolo, paragrafo 1.1) e l'offerta riabilitativa presente sul territorio, risulta evidente come la presa in carico multidisciplinare/ logopedica abbia bisogno di essere potenziata sul territorio, specialmente nel contesto ambulatoriale, rispetto alla medesima offerta in ambito esclusivamente fisioterapico. Questa prima analisi mostra, infatti, che sono presenti solo 2 strutture in regime ambulatoriale con presa in carico logopedica, contro le 5 strutture in regime ambulatoriale con presa in carico fisioterapica come mostrato da Figura 3.

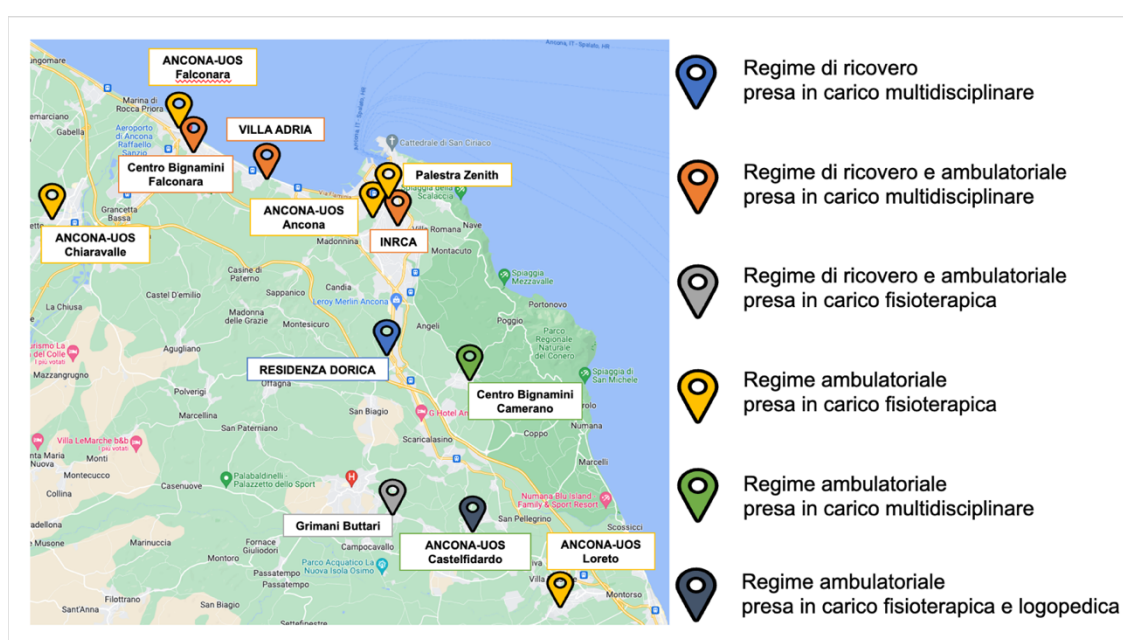


Figura 3. Distribuzione dei Servizi di Riabilitazione extraospedaliera nel distretto di Ancona.

2.2 ATTUALE ORGANIZZAZIONE SERVIZIO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE POST ACUZIE DI ANCONA - Sede di Ancona

Il Servizio di Riabilitazione post acuzie di Ancona è composto dalla seguente équipe: il medico Fisiatra, responsabile della Unità Operativa Semplice, che si occupa delle visite ambulatoriali in sede ed effettua consulenze nella struttura residenziale territoriale; il medico Fisiatra con sede ambulatoriale distaccata il quale effettua visite a domicilio del paziente; fisioterapisti che si occupano della riabilitazione ambulatoriale e fisioterapisti, assunti tramite cooperativa, che effettuano i trattamenti presso il domicilio della persona. Le prestazioni fino ad ora erogate sono:

- Visite fisiatriche ambulatoriali;
- Prescrizione per rilascio e collaudo ausili;
- Visite fisiatriche domiciliari;
- Prestazioni fisioterapiche ambulatoriali Manuali e Terapia Fisica (Magnetoterapia, elettrostimolazione, TENS).

Per accedere alla valutazione fisiatrica il soggetto deve prenotare la visita tramite CUP regionale con impegnativa rilasciata dal Medico di Medicina Generale o da altro medico specialista con pagamento del ticket se soggetto non esente. Tale visita è regolamentata in base al Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019/2020 di cui alla Delibera della Giunta Regionale delle Marche (DGRM) 462/2019 in cui vengono classificate le categorie per l'individuazione delle priorità della prima visita[28]. L'erogazione della visita può essere:

- **B**: breve entro i 10 giorni;
- **D**: differibile entro 30 giorni;
- **P**: programmabile entro i 6 mesi.

Anche le visite successive inerenti alla presa in carico e ai follow up valutativi sono programmate in base alla normativa vigente.

Le prestazioni fisioterapiche vengono effettuate dopo visita fisiatrica. Per ogni soggetto il fisioterapista deve redigere il Progetto riabilitativo Individuale (PRI) insieme al medico fisiatra che ne risulta essere il responsabile. Il PRI deve contenere:

- Obiettivi del trattamento;
- Tempi di realizzazione;

- Interventi e metodologie riabilitative;
- Durata degli interventi compresi nel programma riabilitativo e la loro verifica.

Per i soggetti rientranti nella categoria “caso non complesso” nel caso in cui, per esigenze organizzative non procrastinabili, la visita fisiatrica non possa essere effettuata, il trattamento riabilitativo fisioterapico può essere iniziato su prescrizione del Medico di Medica Generale, sempre associata a relazione del medico specialista (es. ortopedico, neurologo etc.). Nella seguente relazione devono essere esplicitati gli obiettivi che, assieme alla valutazione funzionale fisioterapica, permetteranno di elaborare il Programma Riabilitativo. Questa diversa modalità di accesso prevede un programma realizzabile in un massimo di dieci sedute di trattamento. Se il fisioterapista valuta la necessità di proseguire il trattamento, inserisce il soggetto a valutazione fisiatrica dal medico del Servizio.

Anche per la presa in carico fisioterapica le liste d’attesa e le tempistiche di accesso sono diversificate in base a criteri di priorità stabiliti dal percorso di “Presa in carico riabilitativa del paziente ambulatoriale in area vasta 2”[29].

La singola prestazione fisioterapica prevede una durata di circa 30 minuti per il trattamento di patologia semplice e di 60 minuti nel caso di patologie complesse, prevedendo attività riabilitativa diretta e indiretta. Tali tempistiche possono essere soggette a modifiche in base all’aggiornamento dei Livelli Essenziale di Assistenza.

2.3 RIORGANIZZAZIONE SERVIZIO DI RIABILITAZIONE TERRITORIALE POST ACUZIE DI ANCONA - requisiti per introduzione di un'equipe multidisciplinare.

Avendo avuto, fino ad ora, la possibilità di erogare prestazioni da parte di soli due professionisti (fisioterapista e fisiatra), la tipologia di pazienti afferenti al Servizio di Riabilitazione Territoriale post- acuzie di Ancona rientrano nella già citata categoria di “casi non complessi”.

Quando però il bisogno di salute della persona verte su diversi aspetti funzionali, la presa in carico deve necessariamente essere multidisciplinare, per garantire al soggetto il raggiungimento del suo reale *empowerment*, ovvero la condizione di massimo livello possibile di funzionamento e partecipazione[18].

L'interdisciplinarietà della riabilitazione è uno degli aspetti più caratterizzanti di tale area sanitaria, promuovendo la valutazione della persona in differenti aree funzionali e considerando non solo i bisogni riabilitativi e di salute, ma anche le aspettative e la qualità di vita in una rete congiunta tra i vari contesti di vita in cui il soggetto si trova ad operare. Proprio per questo motivo il compito fondamentale dell'equipe multidisciplinare è fare in modo che gli interventi a favore della persona siano integrati e programmati in un'ottica complessiva e finalizzati all'obiettivo ultimo di ottenere il maggior e miglior recupero psico-fisico, sociale e, in alcuni casi, lavorativo.

Una presa in carico multidisciplinare, quindi, permette di includere anche soggetti rientranti nella categoria “casi complessi”. Per poter realizzare quanto sopra descritto risulta necessario, come dettato da linee guida, ampliare l'offerta esistente nel contesto riabilitativo territoriale con l'aggiunta di professionisti sanitari della riabilitazione differenti e creare, ove possibile, reti di collaborazioni esterne con tutti i professionisti necessari per ottimizzare la presa in carico riabilitativa. I centri ambulatoriale di riabilitazione devono avere una visione globale della persona con disabilità complessa e, quindi, con necessità di trattamento multidisciplinare integrato.

Oltre ai requisiti minimi generali delle strutture ambulatoriali [30], i centri ambulatoriali di riabilitazione devono soddisfare, per poter essere accreditati, diversi aspetti collocabili in 3 aree:

- Requisiti minimi strutturali;

- Requisiti minimi tecnologici;
- Requisiti minimi organizzativi.

Requisiti minimi strutturali

In questa tipologia di requisiti vengono considerati aspetti relativi alla struttura in cui le prestazioni vengono erogate. Nello specifico si richiede la presenza di stanze idonee allo svolgimento delle attività e coerenti con i programmi di recupero e riabilitazione come, ad esempio: aree attrezzate in funzione della tipologia di utenza per attività di gruppo statiche e dinamiche; box o stanze di dimensioni contenute per terapie fisiche strumentali e manuali individuali; aree attrezzate per il trattamento dei disturbi comunicativi e cognitivi. Nello specifico del Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona oltre alle già esistenti stanze adibite all'adeguato svolgimento di trattamenti fisioterapici, è stata adibita una stanza all'esecuzione dei trattamenti cognitivo-comunicativi ad esclusivo uso, quando presente, del logopedista.

Requisiti minimi tecnologici

In questa categoria rientrano la presenza di attrezzature e dispositivi necessari per la valutazione e lo svolgimento delle prestazioni per i vari disturbi di pertinenza riabilitativa come, ad esempio, la presenza di lettini regolabili elettronicamente o la presenza di computer performanti per l'utilizzo di software utili a fine diagnostici e/o terapeutici.

Requisiti minimi organizzativi

Primo fra tutti è necessario individuare un Direttore responsabile del centro ambulatoriale che deve essere un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione o di un disciplina equipollente e/o affine. In base agli obiettivi della struttura e alla tipologia di persone che si rivolgono al Servizio, l'equipe multidisciplinare deve comprendere diverse figure professionali idonee per il soddisfacimento dei bisogni di salute. Come citato precedentemente l'equipe, per ogni paziente, è tenuta a redigere un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) che deve essere condiviso con la persona stessa e/o con i caregiver. Il PRI deve essere affiancato da monitoraggi dell'evoluzione e delle modificazioni

funzionali del soggetto mediante scale di valutazione e deve comprendere uno o più programmi riabilitativi specifici. I centri ambulatoriali di riabilitazione devono essere aperti per almeno 5 giorni a settimana, per 7/8 ore al giorno. Un punto di forza del Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona è che l'attuale organizzazione interna già soddisfa i requisiti minimi organizzativi sopra descritti. Di conseguenza, dal punto di vista organizzativo, l'implementazione della presa in carico multidisciplinare può essere realizzata tramite l'integrazione di altre figure professionali oltre a fisioterapisti e fisiatra.

3. ANALISI DI FATTIBILITÀ

In questo capitolo verrà analizzata la struttura organizzativa del nuovo assetto del Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona.

L'analisi organizzativa è uno strumento che prende in considerazione tutti i fattori in gioco e che mette a fuoco i più rilevanti rapporti causa/effetto fra di essi. Può essere considerato, inoltre, anche uno strumento diagnostico per individuare le carenze, le incongruenze e per orientare gli interventi di riorganizzazione in modo costruttivo valorizzando le esperienze e le professionalità presenti in azienda. In ultimo, l'analisi è anche uno strumento che permette di chiarire e rendere espliciti i meccanismi di funzionamento dell'azienda[31].

Nel successivo paragrafo 3.1 verrà effettuata l'analisi sistemica della nuova organizzazione e verranno esplicitati gli indicatori che permettono di definire la complessità di gestione della stessa.

Nel paragrafo 3.2, invece, verrà esplicitato, tramite Business Model Canvas, la proposta di valore offerta dal Servizio di Riabilitazione territoriale di Ancona, evidenziando i benefici e ricavi che porterà, i costi fissi e variabili stimati, i servizi e partner chiave, le risorse necessarie per la realizzazione e la tipologia di utenza che usufruirà delle prestazioni.

3.1 ANALISI SISTEMICA E INDICATORI DI COMPLESSITÀ ORGANIZZATIVA APPLICATI AL CONTESTO ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO DI RIABILITAZIONE POST-ACUZIE DI ANCONA

L'analisi sistemica pone l'attenzione sui rapporti e sulle influenze reciproche che mettono in relazione tra loro gli elementi che compongono il sistema preso in esame[31]. Questa modalità permette di avere una visione globale e ordinata dei fenomeni, mettendo in risalto i nessi esistenti tra gli elementi del sistema e tra il sistema e il suo contesto. Gli elementi fondamentali dei sistemi organizzativi sono essenzialmente tre:

1. l'apertura all'ambiente esterno;
2. la coerenza degli elementi del sistema;
3. la presenza di nessi di multicausalità nei collegamenti tra gli elementi e le azioni.

L'ambiente esterno al sistema preso in esame, che nel nostro caso risulta essere il Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona, è definito da diversi aspetti come, ad esempio, quelli socioeconomici, demografici ed epidemiologici, relativi ai rapporti con l'università e alle interazioni e collaborazioni con gli altri Servizi. Nella valutazione della coerenza, invece, si prendono in esame i singoli elementi (personale, risorse tecnologiche e finanziarie, meccanismi operativi etc.) che devono essere adeguati alle caratteristiche dell'intero sistema. Questo passaggio è fondamentale perché permette di raggiungere gli obiettivi previsti nel rispetto delle singole professionalità e competenze. L'ultimo aspetto, quello relativo alla multicausalità, si riferisce al fatto che, in un sistema complesso, ogni azione, evento o prestazione produce effetti su più elementi del sistema stesso. Quindi, secondo questo principio, in questo tipo di organizzazione non esiste un rapporto di causa-effetto, ma da un singolo evento A derivano differenti eventi B, C, D etc.

Per poter affrontare in modo dettagliata questo tipo di analisi è utile rappresentare graficamente l'organizzazione che si vuole studiare, come riportato in Figura 4.



Figura 4. Modello di analisi sistemica.

Come si può osservare il sistema presenta due aperture verso l'esterno che vanno a definire i punti di contatto con l'ambiente. A sinistra troviamo la "porta" da cui accedono gli input del sistema, necessari al funzionamento dello stesso. Questi fattori possono essere sia materiali (es. presidi, persone, attrezzature etc.) che immateriali (es. valori culturali, normative etc.). Dalla "porta" di destra, invece, escono gli output del sistema, ovvero i servizi erogati dall'organizzazione. Un buon sistema organizzativo, quindi, dovrà controllare gli input amministrandoli e modificandoli in base alle necessità del sistema, con l'obiettivo di raggiungere gli scopi che la stessa organizzazione si prefigge, concretizzandosi nei servizi offerti.

In Figura 5 possiamo osservare la rappresentazione grafica dell'Unità Operativa di Riabilitazione territoriale ambito Ancona nel suo nuovo setting organizzativo.

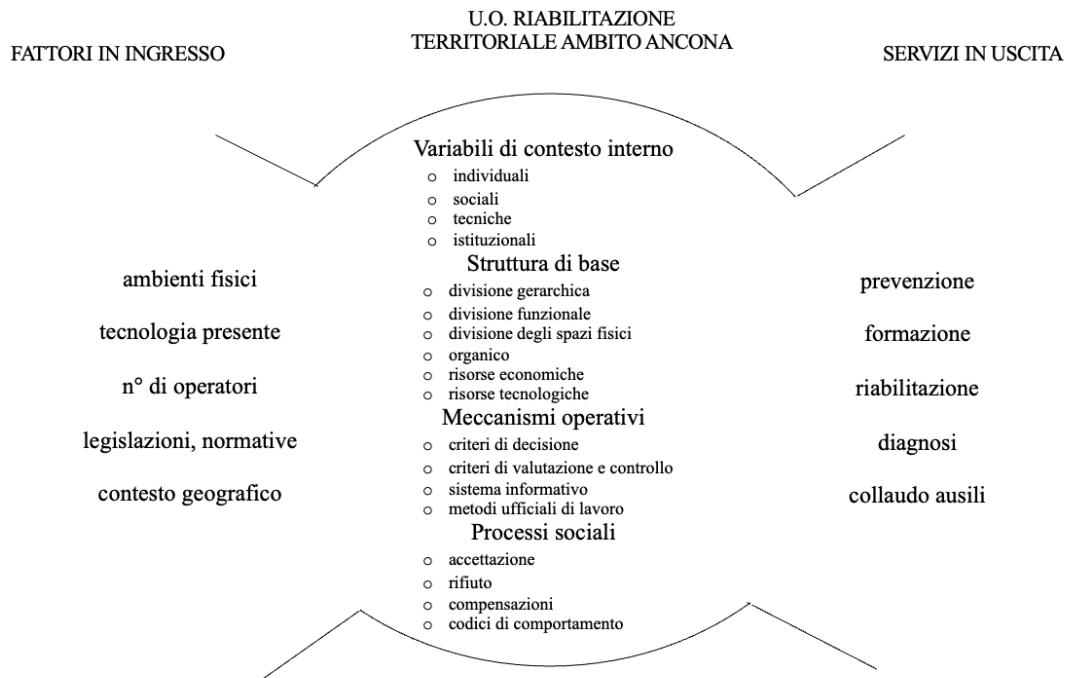


Figura 5. Fattori componenti la nuova organizzazione del Servizio di Riabilitazione territoriale ambito Ancona secondo l'analisi sistemica.

I fattori di ingresso principali del nuovo sistema organizzativo sono:

- contesto geografico;
- ambienti fisici;
- tecnologia;
- n° di operatori;
- legislazioni e normative.

Per quanto riguarda il contesto geografico, il Servizio di Riabilitazione territoriale si trova in una zona di Ancona facilmente raggiungibile sia con autovettura che con mezzi pubblici, avendo la fermate dell'autobus davanti ai cancelli di ingresso. All'interno del complesso, dove sono presenti numerosi Servizi del Sistema Sanitario Nazionale territoriale, ci sono un numero sufficientemente adeguato di posti auto con parcheggi dedicati a persone con disabilità. L'accesso è consentito anche con ambulanze. Per accedere alla palazzina dedicata al Servizio di Riabilitazione, inoltre, non sono presenti barriere architettoniche. All'interno della struttura gli spazi sono suddivisi nelle seguenti stanze: sala d'attesa e segreteria all'ingresso dello stabile; due palestre, di cui una

attrezzata anche per l'esecuzione di valutazione e trattamento logopedico; ambulatorio del medico fisiatra; tre box per le terapie manuali e un box per terapie fisiche (magnetoterapia, elettrostimolazione e tens); bagno dedicato agli utenti; bagno riservato al personale; stanza per operatori con spogliatoio e spazio riservato alla consumazione di cibo/bevande. Il Servizio dispone della maggior parte della tecnologia necessaria per una corretta erogazione dei trattamenti riabilitativi come computer, microfoni (ad es. per l'analisi acustica della voce in soggetti con alterazioni laringee/vocali), lettini a regolazione elettrica, attrezzature per esecuzione di esercizi fisioterapici (elastici, spalliere, specchi, parallele etc.). Per quanto concerne l'ambito logopedico, sarà necessario implementare la fornitura tecnologica esistente con altri ausili necessari per un miglior svolgimento delle attività, come un aspiratore portatile per una maggior sicurezza durante le valutazioni della deglutizione o software di ausilio alla valutazione (ad es. analisi acustica della voce).

Nel nuovo assetto organizzativo gli operatori che collaborano all'interno del Servizio sono: 4 fisioterapisti ambulatoriali, 4 fisioterapisti assunti dalla cooperativa che effettuano trattamenti a domicilio, 1 logopedista, 1 medico fisiatra responsabile del Servizio che effettua visite ambulatoriali, 1 specialista fisiatra che effettua visite a domicilio. L'ambulatorio fisioterapico è garantito per cinque giorni a settimana per almeno 7/8 ore al giorno. Attualmente l'ambulatorio logopedico è garantito per due volte a settimana, per un totale di 15 ore a settimana. Come discusso nel precedente capitolo l'ambulatorio di riabilitazione è tenuto a seguire le normative per Autorizzazione e Accreditamento per lo svolgimento delle attività [22], oltre che le linee guida per la riabilitazione, i piani di indirizzo per la riabilitazione [18], [19] e i protocolli interni aziendali per la presa in carico dei pazienti [29].

Di seguito vengono riportati i servizi erogati o output del sistema:

- prevenzione;
- formazione;
- riabilitazione;
- diagnosi;
- prescrizione e collaudo ausili.

Il Servizio di Riabilitazione territoriale opera sia nell'ambito della formazione universitaria essendo sede di tirocinio per gli studenti del Corso di Laurea in

Fisioterapia e del Corso di Laurea in Logopedia, sia nella formazione aziendale anche nel ruolo di docenti. Inoltre, obiettivo del Servizio è anche quello di informare e formare l'utenza e i relativi caregiver sia sulla conoscenza dei disturbi trattati che sugli aspetti riabilitativi, in modo da stimolare la consapevolezza e la compliance dei soggetti. Questo ambito è fortemente correlato sia con la prevenzione che con la riabilitazione. Infatti, con prevenzione si intendono tutte le misure adottate per poter evitare o rallentare il sopraggiungere di complicanze clinico-funzionali. In questa ottica, obiettivo del Servizio è quello di spiegare alla persona i possibili rischi correlati con le diverse alterazioni funzionali, indicare le “*red flags*” che anticipano e/o segnalano la comparsa di complicanze e formarlo per mettere in pratica comportamenti in grado di prevenire o rallentare l'insorgenza degli stessi.

L'outcome riabilitativo, nel nuovo assetto organizzativo, riguarda sia la già presente riabilitazione fisioterapica a livello ambulatoria e domiciliare che la riabilitazione logopedica ambulatoriale negli ambiti descritti nel paragrafo 1.2.

Grazie anche alla presenza del medico fisiatra, il Servizio effettua la diagnosi di disturbi inerenti all'ambito riabilitativo, collaborando anche con altri specialisti esterni a cui gli utenti si possono rivolgere. In ultimo, presso la Riabilitazione di Ancona è possibile effettuare valutazione, prescrizione e collaudo di ausili e protesi.

Come visibile in Figura 5 ci sono numerosi aspetti riguardanti l'assetto interno del sistema da dover prendere in considerazione per la buona riuscita dell'organizzazione stessa[31]. Le variabili sono raggruppabili in:

- variabili di contesto interno;
- struttura di base;
- meccanismi operativi;
- processi sociali.

Le variabili di contesto interno prendono in esame tutti quegli aspetti di natura individuale, sociale, tecnica e istituzionale presenti nell'organizzazione. Le variabili individuali sono le caratteristiche degli operatori presenti in termini di comportamento (es. capacità di relazione interpersonale, resistenza al cambiamento), motivazione al lavoro, competenze tecniche e esperienza lavorativa. Queste variabili insieme a quelle sociali, ovvero i rapporti/relazioni che si instaurano tra le persone che sono coinvolte nell'organizzazione (utenti, professionisti sanitari, medici, direttori di struttura etc.),

possono essere cause di conflitto all'interno del sistema organizzativo. Con conflitto si intende una contrapposizione di bisogni, valori e interessi reale o percepita[32]. I conflitti, nel team, possono essere causati da vari motivi come, ad esempio, scarsità delle risorse, ambiguità dei ruoli, problemi di comunicazione, incompatibilità o scarsa conoscenza degli obiettivi, diversità individuali, discordanza di valori e credenze. Il conflitto non viene ritenuto sempre dannoso, in quanto il team potrebbe averne bisogno per generare nuove idee e nuovi approcci alla risoluzione di problemi. Quando però i motivi di disaccordo o i problemi relazionali rimangono irrisolti, il conflitto può diventare negativo e far sorgere, all'interno dell'organizzazione, un clima di sospetto e sfiducia[32]. Devono, inoltre, essere considerate anche variabili tecniche come, ad esempio, la disponibilità delle attrezzature necessarie per lo svolgimento dell'attività del Servizio e variabili istituzionali che riguardano l'assetto istituzionale dell'organizzazione in esame. La valutazione e il controllo di tutte queste variabili permette il raggiungimento degli obiettivi del Servizio. L'analisi della struttura di base permette di valutare lo scheletro centrale dell'organizzazione. Fanno parte di questo elemento la divisione gerarchica, le relazioni funzionali, la divisione delle funzioni, delle mansioni e dei compiti e l'ambiente fisico. Di seguito, in Figura 6, viene riportato l'organigramma del Servizio di Riabilitazione Territoriale di Ancona che rappresenta la divisione gerarchica con i diversi livelli di responsabilità di prendere decisioni.

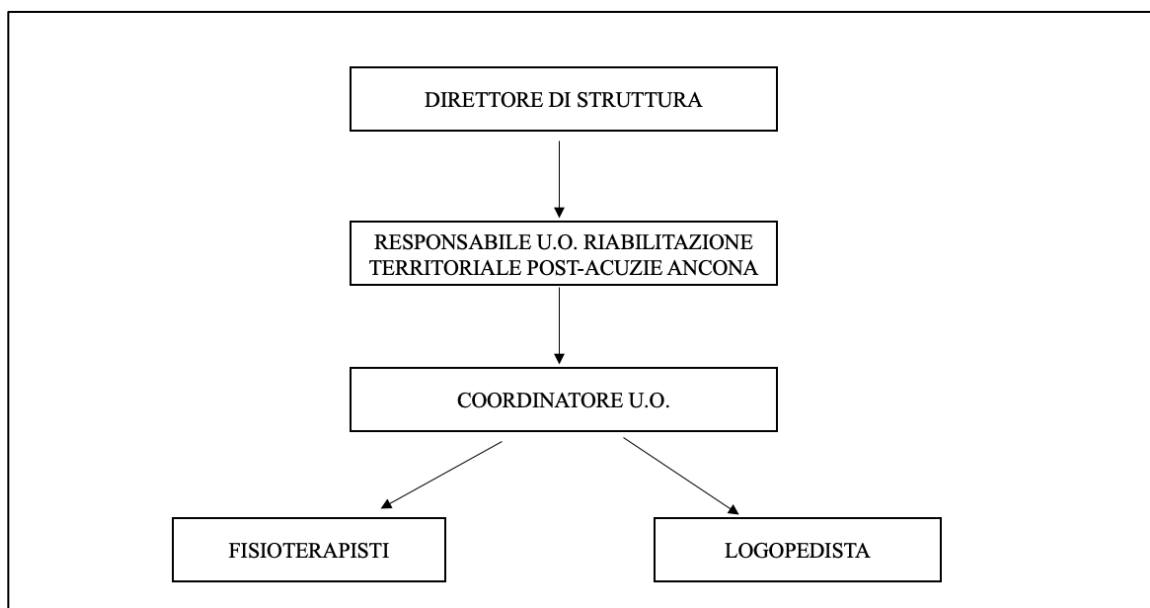


Figura 6. Organigramma della rappresentazione gerarchica dell'Unità Operativa di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona.

Le relazioni all'interno della struttura, oltre che di natura gerarchica, possono anche essere funzionali, ovvero riguardare la collaborazione di più operatori o unità operative al fine di raggiungere un obiettivo comune. In una realtà complessa come quella riabilitativa, spesso le prestazioni erogate necessitano della collaborazione con più professionisti, unità operative o dipartimenti. Facendo alcuni esempi pratici, l'Unità Operativa di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona, dato anche il suo nuovo assetto organizzativo, si trova spesso a stabilire relazioni funzionali con altri servizi quali l'Unità Multidisciplinare per l'Età Adulta (UMEA) che si occupa della tutela della salute dei disabili in età adulta (18-65 anni), oltre che con altri medici specialisti quali ortopedici, neurologi, otorinolaringoiatri, foniatri etc. Relazioni funzionali si vengono inoltre a creare ogni qual volta si rivolge al Servizio un utente che necessita di presa in carico multidisciplinare. In questo caso la relazione funzionale che si viene ad instaurare è interna, ovvero tra operatori della stessa unità. In ultimo l'ambiente fisico dovrebbe rispettare tre caratteristiche fondamentali:

- essere funzionali all'attività che vi si compie;
- facilitare lo scambio di informazioni;
- facilitare il soggiorno degli operatori.

Data l'analisi effettuata precedentemente in questo stesso paragrafo, la struttura dedicata alla Riabilitazione Territoriale post-acuzie di Ancona risulta possedere tali caratteristiche di abitabilità, buona distribuzione delle stanze con attiguità che facilita la comunicazione tra operatori e presenza di spazi funzionali all'accoglienza degli utenti, alle attività riabilitative e al confort degli operatori.

I meccanismi operativi sono le regole che l'organizzazione prevede al fine di governare razionalmente alcuni fenomeni e che consentono all'organizzazione stessa di funzionare[31]. Tra questi meccanismi troviamo:

- sistemi di selezione, formazione e gestione del personale;
- modelli di presa di decisioni;
- gestione del sistema informativo;
- sistemi di controllo e valutazione dei risultati;
- meccanismi di premio e sanzioni;
- gestione delle risorse finanziarie;
- gestione dei processi di cambiamento.

Dato che il Servizio di Riabilitazione fa parte di un'organizzazione aziendale pubblica, tutti i meccanismi organizzativi sono delineati da legislazioni nazionali, come il contratto collettivo nazionale di Lavoro del comparto sanità 2019-2021[33] o da protocolli e procedure aziendali come, ad esempio, il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza- PIAO 2023-2025 [5] dove vengono stabiliti il fabbisogno del personale, gli obiettivi di performance, i budget e i rischi aziendali. L'ultima variabile di contesto interno presa in esame è quella riguardante i processi sociali. Questi sono rappresentati dai comportamenti personali e collettivi che gli individui appartenenti ad una determinata organizzazione mettono in atto rispetto ad essa[31]. Si possono individuare quattro tipologie di comportamenti:

- comportamenti di accettazione;
- comportamenti di rifiuto;
- comportamenti di compensazione;
- comportamenti regolati da codici.

Le prime tre categorie fanno riferimento al consenso (o meno) che l'operatore dimostra nei confronti dell'organizzazione, nel sua totalità o riguardo ai meccanismi operativi adottati, la struttura di base o i processi sociali attesi. Questi atteggiamenti, in ottica manageriale, devono essere tenuti in considerazione per il mantenimento di un assetto armonico nello svolgimento delle attività. Mentre nel primo caso l'operatore si identifica completamente con gli elementi e processi dell'organizzazione, nei comportamenti di rifiuto l'operatore mostra un chiaro dissenso che si manifesta, spesso, in conflittualità con richieste di trasferimenti, dimissioni, aumenti di periodi di malattia etc. Nel comportamento di compensazione, invece, l'operatore si trova a confrontarsi con meccanismi operativi e strutture di base non definite e , grazie al suo buon senso e alla sua intuitività, mette in atto atteggiamenti direzionali al fine di far raggiungere ugualmente all'organizzazione i suoi scopi. In ultimo, i comportamenti che il personale assunto dall'azienda pubblica dovrebbe tenere sono regolati dal Codice di comportamento DPR 16.4.2013, n. 62 modificato dal DPR 13.6.2023, n. 81 [34] e dal codice di comportamento per il personale dell'ASUR Marche [35].

Per definire la complessità dell'organizzazione che si vuole studiare, possono essere considerati anche degli indicatori di complessità organizzativa, poiché, la loro presenza, indica la difficoltà dei problemi da affrontare. I principali indicatori sono:

- differenziazione e integrazione;
- autonomia degli operatori;
- standardizzazione/programmazione;
- interdipendenza.

Ogni organizzazione sanitaria presenta una o più specializzazioni (differenziazione) e quindi la necessità di coordinare tutte le attività che vengono svolte (integrazione).

Tanto più un operatore/un'unità operativa compie attività differenti, maggiore sarà la necessità di coordinare, andando ad aumentare il carico di lavoro gestionale.

Esaminando la realtà di Ancona, appare evidente come le attività a carico del Servizio siano numerose e ben distinte tra loro (come riportato nel paragrafo 1.3 e 2.2), delineando un primo indice di complessità gestionale. Un'altra caratteristica da dover prendere in considerazione è l'autonomia degli operatori, definita non solo dalle diverse responsabilità stabilite dalla divisione gerarchica, ma anche dai singoli codici deontologici di ogni professionista. Tale autonomia si trova a confrontarsi tuttavia con le risorse messe a disposizione dall'azienda. Nonostante questo possa portare, in alcune situazioni, ad una limitazione, è indubbio che l'autonomia di medici e professionisti sanitari rimanga notevole. Anche la possibilità di standardizzazione dei processi di lavoro, ovvero la riproducibilità di un'azione o attività nella maggior parte delle situazioni con sequenze ripetitive e protocollabili, rientra negli indici di complessità organizzativa. Riuscendo a standardizzare le modalità operative di un settore si ottiene una maggior programmazione dei tempi e delle risorse che quell'attività richiede, innalzandone il rendimento. Nel caso della realtà operativa analizzata, le attività erogate seguono percorsi aziendali protocollati come, ad esempio, la già citata "Presca in carico riabilitativa del paziente ambulatoriale in Area Vasta 2" [29] oltre che alle linee guida esistenti nei diversi ambiti riabilitativi. L'ultimo indice da considerare è quello dell'interdipendenza funzionale, ovvero il grado di dipendenza nei confronti di altri operatori nell'erogare un determinato servizio[31]. In un centro multidisciplinare l'interdipendenza tra operatori è elevata, avendo più professionisti che svolgono attività

con lo stesso utente. Questo implica che, ancora una volta, l'organizzazione studiata presenta una complessità manageriale elevata.

3.2 BUSINESS MODEL CANVAS

Il Business Model Canvas è uno strumento di gestione strategica comunemente utilizzato per definire, sviluppare, e migliorare il business di un'azienda o di un progetto specifico. Permette di visualizzare graficamente gli elementi che descrivono la proposta di valore di un'azienda, le persone a cui ci si rivolge, le finanze necessarie, le infrastrutture, in modo da poter esplorare nuove opportunità, essere consapevoli delle minacce possibili e illustrare i punti di forza del progetto e gli eventuali punti di debolezza. Questo modello è articolato in nove elementi principali:

1. Segmenti di clientela e analisi del mercato (*Customer Segments*);
2. Proposta di valore (*Value Proposition*);
3. Canali (*Channel*);
4. Relazioni con i clienti (*Customer Relationships*);
5. Ricavi e benefici (*Revenue Streams*);
6. Risorse chiave (*Key Resource*);
7. Attività chiave (*Key Activities*);
8. Partner chiave (*Key Partners*);
9. Costi (*Cost Structure*).

In Figura 7 viene rappresentato il Business Model Canvas del nuovo assetto organizzativo della U.O. di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona.

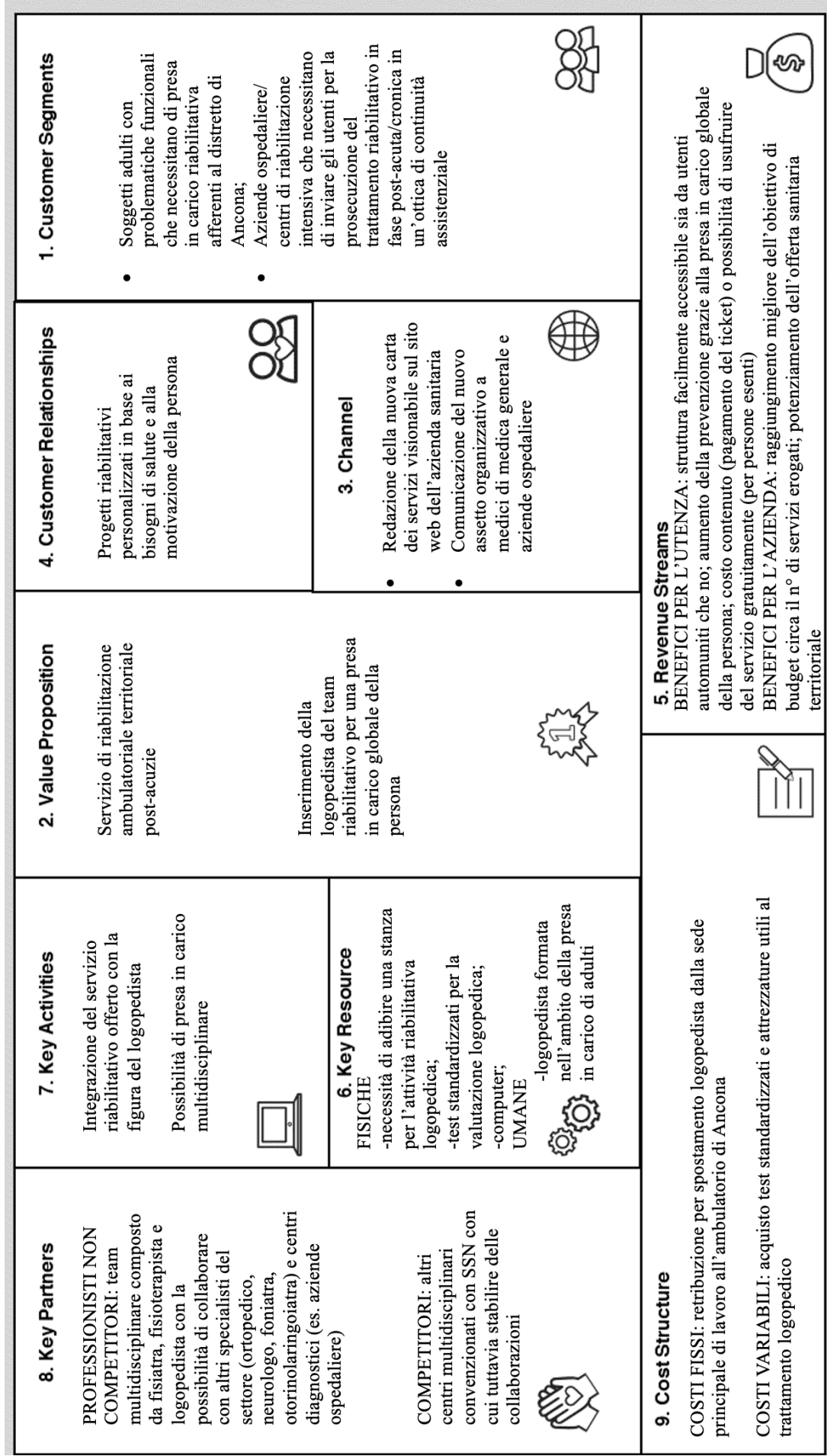


Figura 7. Business Model Canvas del nuovo assetto organizzativo del Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona.

Il primo elemento (Customer Segments) riguarda il gruppo di persone fisiche o giuridiche a cui l'organizzazione intende rivolgersi. Infatti, sono proprio gli utenti/pazienti che giustificano la presenza di un determinato servizio. In questa sezione, quindi, sono descritte le caratteristiche delle persone che possono usufruire del servizio offerto. Nello specifico della nuova realtà di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona il segmento di clientela è rappresentato da:

- tutti i soggetti adulti, afferenti al distretto di Ancona, che presentano problematiche funzionali di diversa natura (motoria, linguistica, cognitiva, comunicativa etc.) e che necessitano di una presa in carico riabilitativa;
- aziende ospedaliere e/o centri di riabilitazione intensiva che, per continuità assistenziale, hanno necessità di inviare gli utenti sul territorio per la prosecuzione del training riabilitativo.

La proposta di valore (Value Proposition) è l'offerta presentata dall'azienda per soddisfare un bisogno del consumatore/utente o per affrontare una determinata sfida. Risulta quindi essere la combinazione di prodotti e servizi offerti. Nel caso in studio la proposta di valore offerta dal Servizio di Riabilitazione è l'inserimento del logopedista come parte integrante dell'equipe riabilitativa, in modo tale da fornire all'utenza non solo prestazioni logopediche, ma una presa in carico globale della persona.

Il terzo elemento del Business Model Canvas (Channel) pone l'attenzione sui canali utilizzati per raggiungere il segmento di clientela e quindi mettere gli stessi a conoscenza del nuovo prodotto/nuovo servizio che l'azienda propone. Essendo il Servizio in esame di natura pubblica, i canali per informare del cambiamento le persone saranno:

- redazione di una nuova Carta dei Servizi visionabile nel sito ufficiale delle Aziende Sanitarie Territoriali della Regione Marche;
- comunicazione ufficiale del nuovo assetto organizzativo a medici di Medicina Generale in quanto professionisti che più frequentemente hanno il primo contatto con gli utenti, e alle Aziende Ospedaliere limitrofe.

Con relazioni con i clienti (Customer Relationships) si intende la tipologia di relazione che l'azienda instaurerà con il segmento di clientela, in base al risultato che si intende perseguire. Il Servizio di Riabilitazione intende instaurare una relazione di cura e accoglienza, proponendo all'utenza dei progetti riabilitativi individualizzati rispetto ai

bisogni di salute e cura, ma anche alle motivazioni personali dei soggetti che vi si rivolgono.

Nei ricavi e benefici (Revenue Streams), invece, vengono riportati i ricavi ottenuti dal servizio offerto. Nel caso dell'organizzazione in oggetto i ricavi e benefici non vengono stimanti tanto in termini di guadagno monetario, ma vengono raggruppati in due gruppi:

- Benefici per l'utenza: servizio facilmente raggiungibile dagli abitanti del distretto di Ancona sia per la posizione geografica che per la possibilità di accesso con auto o mezzi pubblici; maggior conoscenza e prevenzione di possibili complicanze grazie ad una presa in carico multidisciplinare; possibilità di usufruire gratuitamente del servizio riabilitativo, se soggetto esente, o comunque ad un costo contenuto con il pagamento del solo ticket.
- Benefici per l'azienda: numero maggiore di accessi al Servizio con la possibilità di raggiungere più facilmente l'obiettivo di budget circa il numero di servizi erogati; potenziamento dell'offerta sanitaria territoriale.

I punti sei, sette e otto del Business Model Canvas (Key Resources, Activities and Partners) riguardano le Risorse, le Attività e i Partner chiave per l'erogazione del servizio che l'azienda vuole proporre. Le risorse chiave sono gli input che consentono di creare la proposta di valore. Le risorse possono essere di diversa natura: fisiche (es. attrezzature, materie prime), intellettuali (brevetti, marchi, modelli, dati), umane (personale: competenze, conoscenze, capacità) e finanziarie. Per l'integrazione del servizio di logopedia all'interno della Riabilitazione territoriale di Ancona servono principalmente due tipologie di risorse: fisiche e umane. Per quanto riguarda il primo gruppo, per iniziare a svolgere le attività si ha bisogno di una stanza dedicata con almeno una scrivania ed un armadio con chiave dove riporre la testistica standardizzata necessaria per la valutazione logopedica e la presenza di un computer. Senza dubbio, la risorsa umana è l'aspetto più importante, ovvero avere una logopedista con conoscenze ed esperienza nella presa in carico dell'adulto, in modo tale da poter avviare il servizio nel modo migliore possibile e avendo già i requisiti per affrontare i vari quesiti clinici. Le attività chiave sono tutte quelle attività necessarie per far sì che il prodotto possa essere realizzato/erogato. Nell'organizzazione in esame le attività chiave sono di natura assistenziale, ovvero l'integrazione del servizio riabilitativo fisioterapico già offerto con l'erogazione di prestazioni anche in ambito logopedico, affinché il centro sia in grado di

offrire una presa in carico multidisciplinare- globale della persona. Risulta importante considerare anche la rete di persone/professionisti che l'azienda intende creare per supportare e migliorare il proprio modello di business oltre che valutare eventuali competitori nel settore. Esistono numerose ragioni per identificare dei partner chiave come, ad esempio, ridurre i rischi di fallimento del nuovo servizio proposto, accesso strategico ad attività e risorse, nonché un vantaggio economico. I partner chiave nel nuovo assetto del Servizio di Riabilitazione territoriale di Ancona sono, primi fra tutti, gli stessi operatori del nuovo team multidisciplinare (fisiatra, fisioterapisti, logopedista), nonché tutti gli altri specialisti del settore riabilitativo come ortopedico, neurologo, foniatra, otorinolaringoiatra che collaborano alla presa in carico del paziente.

Fondamentale è anche la rete di contatti con i centri diagnostici ospedalieri che inviano la persona con diagnosi certa al centro riabilitativo, ma ai quali il centro stesso potrebbe inviare i soggetti per avere un miglior inquadramento diagnostico. I "competitori", nel caso di questa unità organizzativa, si possono identificare nei centri multidisciplinari convenzionati presenti nel distretto di Ancona (come illustrato nel paragrafo 2.1), che tuttavia potrebbero trasformarsi in collaboratori data la numerosità di persone residenti in tale zona territoriale e, quindi, la numerosità delle richieste riabilitative.

L'ultimo elemento del Business Model Canvas (Cost Structure) è riguardante i costi. La valutazione dell'aspetto economico è fondamentale per comprendere se il progetto che si vuole realizzare sia economicamente sostenibile in fase di avvio e nel lungo termine. Si possono avere costi fissi (es. affitti, stipendi, utenze) e costi variabili (es. attrezzature, materie prime). Essendo già presente la struttura riabilitativa, l'unico costo fisso dell'organizzazione risulta essere la retribuzione dei chilometri percorsi dalla logopedista, già assegnata ad altro ambulatorio della medesima azienda sanitaria territoriale, per raggiungere lo stabile di Ancona. Tra i costi variabili, soprattutto da affrontare in fase iniziale, si trovano l'acquisto di test standardizzati e di attrezzature necessarie per la valutazione e il trattamento logopedico.

4. ORGANIZZAZIONE AMBULATORIO LOGOPEDICO

In questo capitolo si esaminerà in maniera più dettagliata l'organizzazione del nuovo ambulatorio di logopedia nel contesto della U.O. di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona.

Nello specifico verranno illustrate le modalità di accesso e la redazione della lista d'attesa per l'ordine di erogazione delle prestazioni (paragrafo 4.1).

Si descriveranno, inoltre, le attività svolte dal servizio con descrizione dei percorsi e delle procedure ad esse correlate (paragrafo 4.2).

4.1 ATTUALE ORGANIZZAZIONE OPERATIVA, MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO E LISTA D'ATTESA

Attualmente la nuova organizzazione prevede l'accesso all'ambulatorio di logopedia due volte a settimana per un totale di 15 ore settimanali. La logopedista inserita nell'organico è già dipendente dell'Azienda Territoriale di Ancona presso l'ambulatorio territoriale di Castelfidardo. Le modalità di accesso al Servizio sono descritte nel documento sulla "Presenza in carico riabilitativa del paziente ambulatoriale in area vasta 2"[29]. Gli utenti che possono usufruire delle prestazioni logopediche provengono direttamente dal territorio, dalle degenze per acuti oppure dalle degenze riabilitative ospedaliere ed extraospedaliere. Come descritto nel paragrafo 1.2 l'attività logopedica è rappresentata dalla valutazione e dal trattamento logopedico. Così come avviene per le prestazioni fisioterapiche, descritte nel paragrafo 2.2, anche per poter accedere alla presa in carico logopedica è necessario l'invio da parte del fisiatra o di altro medico specialista (neurologo, otorinolaringoiatra, foniatra, specialista maxillo-facciale) a seconda dell'ambito di interesse. Il trattamento logopedico costituisce uno dei programmi del Progetto Riabilitativo Individuale che, come già esposto in precedenza, è un punto saliente della presa in carico multidisciplinare. Attualmente, data la natura del Servizio, la prenotazione per la valutazione e il trattamento logopedico avviene tramite accesso diretto, ovvero l'utente deve contattare direttamente l'ambulatorio o la segreteria del Servizio di Riabilitazione. In sede di chiamata, l'operatore rivolge alcune domande al soggetto per poter compilare i campi necessari all'inserimento nella lista di attesa per la valutazione e/o il trattamento.

Nel servizio di logopedia della Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona la lista d'attesa è stata riportata su file Excel ed è composta dalle seguenti aree, come riportato in Figura 8:

1. Data in cui avviene la richiesta di valutazione;
2. Nome e Cognome dell'utente;
3. Data e luogo di nascita;
4. Recapito telefonico;
5. E-mail;
6. Medico inviante e motivo della richiesta;
7. Codice di priorità.

LISTA D'ATTESA LOGOPEDICA						
data richiesta	Nome e Cognome	Data e Luogo di Nascita	recapito telefonico	e-mail	medico di riferimento-motivo della richiesta	codice priorità
18/08/23	Mario Rossi	25/06/1965, Ancona	3332222111	mario.rossi@libero.it	Dott. Vincenzo Bianchi (Otorinolaringoiatra). Esiti di tiroidectomia totale eseguita in data 11/08/2023 con paralisi della corda vocale vera di sinistra in posizione paramediana. Necessaria valutazione clinica e funzionale della voce e trattamento logopedico.	COD 1
20/08/23	Luisa Verdi	26/01/50, Chiaravalle	3221144556	Luisa.verdi@gmail.com	Dott.ssa Paola Neri (neurologa). Signora con diagnosi di demenza di Alzheimer (Luglio 2021). Si riportano episodi di tosse durante i pasti con difficoltà assoluta durante l'assunzione di liquidi. Si richiede valutazione logopedica	COD 2
20/08/23	Luigi Azzurri	23/03/80	3111226678	Luigi.azzurri@virgilio.it	Dott.ssa Lucia Gialli (otorinolaringoiatra). Insegnante di scuola secondaria. Disfonia media con episodi di atonia piena. Si rilevano piccoli noduli cordali con ipotonìa delle corde vocali vere. Si consiglia valutazione e trattamento logopedico.	COD 3

Figura 8. Esempio di lista d'attesa logopedica. I dati inseriti sono frutto di invenzione

LEGENDA

- : disfunzioni laringee/vocali
- : disturbi della deglutizione
- : Codice 1, Alta priorità
- : Codice 2, Media priorità
- : Codice 3, Bassa priorità

La casella “medico inviante e motivo della richiesta” viene evidenziata con colori diversi per un inquadramento immediato dell’ambito logopedico di interesse (verde: disfunzioni laringee/vocali; rosso: disturbi della deglutizione; celeste: disturbi cognitivi e comunicativi-linguistici). La valutazione e il trattamento logopedico, come stabilito dal protocollo di “Presenza in carico del paziente ambulatoriale in area vasta 2”[29], vengono espletati nei tempi previsti secondo i rispettivi livelli di priorità:

- **ALTA PRIORITÀ (CODICE 1):** la valutazione e il trattamento saranno effettuati rispettivamente entro 15 giorni dall’inserimento in lista d’attesa. Rientrano in questa categoria anche le situazioni in cui la valutazione clinica concorre alla diagnosi funzionale;
- **MEDIA PRIORITÀ (CODICE 2):** la valutazione sarà effettuata entro 30 giorni, mentre il trattamento avrà inizio possibilmente entro 60 giorni lavorativi dalla data di inserimento in lista d’attesa;
- **BASSA PRIORITÀ (CODICE 3):** la valutazione sarà effettuata entro 3 mesi, una volta esaurite le richieste nelle prime due categorie. Il trattamento avrà inizio possibilmente entro 6 mesi dalla data di inserimento.

In Tabella 5 vengono riportate le tipologie di soggetti divisi per livelli di priorità di presa in carico.

LIVELLO DI PRIORITÀ	VALUTAZIONE	TRATTAMENTO
ALTA (COD 1)		
<p>pazienti con patologie neurologiche in fase acuta/sub acuta fino al 6° mese (di natura vascolare, traumatica, oncologica, etc.)</p> <hr/> <p>pazienti con malattie neuromuscolari o neurodegenerative (SLA, SM, Parkinson, SLP...) in prima diagnosi o in fase di riacutizzazione</p> <hr/> <p>pazienti con patologie post-chirurgiche (esiti di interventi maxillo-facciale, otorino-laringoiatrici, impianto cocleare etc.) con intervento effettuato da non oltre 30 giorni</p> <hr/> <p>Pazienti con esiti di lesioni dei nervi periferici (post-chirurgici e non) verificatosi da non oltre 30 giorni</p>	Effettuata entro 15 giorni	Avviato entro 15 giorni
MEDIA (COD 2)		

pazienti con patologie neurodegenerative/neuromuscolari nel periodo di stabilità clinica/non riattivazione della patologia	Effettuata entro 30 giorni	Avviato entro 60 giorni
pazienti con esiti di patologie neurologiche (di natura vascolare, traumatica, oncologica, etc.) in fase sub-acuta (6°-12° mese) in dimissione da strutture di riabilitazione intensiva ed estensiva di tutto il territorio nazionale		
pazienti con esiti di intervento chirurgico da oltre 30 giorni		
BASSA (COD 3)		
paziente con disfonie disfunzionale	Effettuata entro 3 mesi	Avviato entro 6 mesi
paziente con esiti stabilizzati di patologie neurologiche, chirurgiche e oncologiche secondo obiettivi specifici		

Tabella 5. Modalità di inserimento dei soggetti nella lista d'attesa a seconda del livello di priorità

Durante il primo accesso viene aperta la cartella clinica dell'utente, successivamente riposta nell'archivio del Servizio di Riabilitazione, e viene raccolta tutta la documentazione clinica inerente al motivo di presa in carico. Ad ogni persona viene attribuito un numero di cartella progressivo registrato in un elenco condiviso dove vengono riportati i riferimenti principali (n° di cartella, nome e cognome, recapito telefonico, indirizzo di residenza e motivo della richiesta).

4.2 SERVIZI OFFERTI E RELATIVI PERCORSI

Come riportato in modo specifico nel paragrafo 1.2, i principali ambiti di intervento logopedico, nel Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona, riguardano:

- valutazione e trattamento dei disturbi di deglutizione;
- valutazione e trattamento dei disturbi cognitivo-comunicativi-linguistici;
- valutazione e trattamento delle disfunzioni laringee/vocali.

Durante il primo incontro con il paziente, come descritto nel paragrafo precedente, viene effettuata la raccolta anamnestica dettagliata del soggetto, con particolare attenzione alla storia clinica prossima e remota, viene illustrato e fatto firmare il consenso alla valutazione/trattamento logopedico. Qualora fosse necessario, viene fatto firmare anche il consenso al trattamento dei dati personali, secondo il Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR) come al D.Lsg. n. 101 del 10 agosto 2018 [36]. Infine, dopo aver esaminato con attenzione la documentazione clinica, viene effettuata la valutazione clinico-funzionale. A seconda della tipologia di richiesta, la valutazione può essere svolta in uno o più incontri al termine dei quali viene redatta una relazione riassuntiva di quanto emerso con relativi consigli sul percorso da seguire. Tale documento viene rilasciato al paziente e tenuto in copia nella cartella clinica.

A seguito della valutazione clinico-funzionale e alla valutazione medica può essere intrapreso, laddove necessario, il trattamento logopedico. Ogni percorso prevede dei cicli di dieci sedute che possono essere o meno rinnovati a seconda delle indicazioni fornite e dagli obiettivi raggiunti. Attualmente non è presente un documento condiviso nazionale o regionale sul n° di prestazioni erogabili secondo la tipologia di funzione trattata o su un tetto massimo di prestazioni elargibile in un anno per ogni persona. In base al numero di sedute o al tempo intercorso dalla prima valutazione, si effettua una valutazione di controllo per verificare il raggiungimento o meno degli obiettivi stabiliti, in modo da programmare gli step successivi della presa in carico.

Di seguito vengono riportate le modalità di presa in carico a seconda della tipologia di funzione trattata.

Disturbi di deglutizione

La valutazione clinico-funzionale della deglutizione viene effettuata nell'arco di una seduta al termine della quale viene rilasciata alla persona una relazione riassuntiva, un foglio di indicazioni da seguire durante i pasti e l'indicazione a consultare online l'Opuscolo Disfagia presente nel sito della Aziende Sanitarie Territoriali (ex ASUR MARCHE)[37]. La valutazione clinico-funzionale della deglutizione prevede l'utilizzo di un protocollo aziendale condiviso (allegato 1) che contempla i seguenti aspetti:

- osservazione di postura, stato di vigilanza e collaborazione, eventuali deficit comunicativi e/o cognitivi associati, modalità di respirazione, stato dell'igiene orale, e gestione autonoma delle secrezioni;
- valutazione morfo-funzionale e della sensibilità delle strutture oro-bucco-facciali, coinvolte nel processo deglutitorio, sia a riposo che in movimento;
- valutazione dei riflessi faringo-laringei come tosse, riflesso deglutitorio, riflesso palatino, riflesso di contrazione faringea e riflesso del vomito;
- osservazione di eventuali riflessi patologici;
- somministrazione, dove possibile, di questionari di autovalutazione;
- esecuzione di test clinici e prove funzionali con bolo;
- definizione di un punteggio secondo la Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS) e/o la Functional Oral Intake Scale (FOIS).

A seguito di tale analisi il/la logopedista potrebbe rilevare la necessità di eseguire un approfondimento per un miglior inquadramento diagnostico tramite esame strumentale come, ad esempio, lo studio endoscopico della deglutizione *Fibrotic Endoscopic Evaluation of Swallowing* (FEES) o lo studio videofluorografico della deglutizione *Video Fluoroscopic Swallowing Study* (VFSS), oppure programmare un monitoraggio longitudinale o intraprendere un trattamento logopedico, condividendo il programma riabilitativo con il medico fisiatra.

Disturbi cognitivo-comunicativi-linguistici

Come presentato nel paragrafo 1.2, in questa categoria rientrano diverse tipologie di disturbi quali:

- disartria e aprassia verbale;

- afasie;
- disturbi delle funzioni esecutive.

Attualmente non esiste un protocollo aziendale condiviso per lo svolgimento della valutazione clinico-funzionale di tali aspetti, ad ogni modo tale analisi deve contenere:

- dati relativi a età e scolarità della persona;
- test valutativi utilizzati con punteggi ottenuti e relativi cut-off;
- eventuali disturbi associati (es. depressione, disturbi aprassici, anosognosia, disturbi visuo-spaziali)
- inquadramento del disturbo rilevato con descrizione del quadro clinico.

Data la complessità delle funzioni analizzate, spesso questo tipo di valutazione richiede più sedute, al termine delle quali viene rilasciata una relazione riassuntiva. Dopo questa analisi il/la logopedista può decidere se programmare dei monitoraggi longitudinali, consigliare maggiori approfondimenti o evidenziare la necessità di una presa in carico riabilitativa. In questo caso gli obiettivi di trattamento vengono inseriti, insieme alla collaborazione con il medico fisiatra, all'interno del programma riabilitativo logopedico il quale è parte integrante del Progetto riabilitativo Individualizzato (PRI) della persona.

Disfunzioni laringee/vocali

Come per i disturbi cognitivi e comunicativo-linguistici, anche per le problematiche laringee e vocali non esiste attualmente un protocollo valutativo aziendale condiviso. Una buona valutazione clinico-funzionale degli aspetti correlati alla voce, oltre a quanto evidenziato dalla visita medico-specialistica, deve considerare almeno i seguenti aspetti:

- epoca e modalità di insorgenza delle difficoltà vocali;
- tipologia di esame strumentale utilizzato dal medico per la visita e diagnosi;
- presenza di familiarità per patologie della voce;
- presenza di fattori di rischio come, ad esempio, fumo, esposizione a sbalzi termici o polveri irritanti, consumo regolare di alcool;
- presenza di disturbi concomitanti o pregressi;
- sintomi laringei aggiuntivi (es. bruciore laringeo, senso di corpo estraneo, presenza di tosse/raclage, senso di costrizione);

- valutazione degli aspetti percettivi della voce come qualità globale, intensità, descrizione dell'attacco vocale, variazione melodica nell'eloquio e nel canto, tipologia di risonanza, modalità di articolazione e fluency verbale;
- valutazione delle funzioni che cooperano alla produzione della voce sia a riposo che in fonazione (respirazione, accordo pneumofonico, posizione scudo laringeo e possibilità di escursione dello stesso, assetto posturale generale) con osservazione ed indicazioni di eventuali meccanismi di compenso disfunzionali;
- somministrazione di questionari di autovalutazione ed autopercezione.

Generalmente, durante la valutazione, si effettua una registrazione della voce per ottenere una migliore analisi e un efficace confronto con la stessa dopo il trattamento. Come riportato per le altre disfunzioni, al termine della valutazione viene rilasciato alla persona una relazione riassuntiva con l'indicazione o meno al trattamento logopedico e gli obiettivi a breve e medio-lungo termine da raggiungere e un opuscolo informativo su alcune norme di "igiene vocale" per prevenire (o arginare) l'attuazione di meccanismi disfunzionali/peggiorativi della voce.

5. PIANIFICAZIONE STRATEGICA E INDICATORI DI PERFORMANCE

Pianificare un'attività significa rendere esplicito in anticipo quello che un'organizzazione dovrebbe fare in un determinato lasso di tempo, in modo tale da svolgere tutte le azioni necessarie a raggiungere determinati obiettivi nel periodo prefissato. Riuscire a pianificare il carico e le modalità di lavoro permette di orientare ciò che si sta facendo verso i risultati attesi, guardando al di là dei bisogni immediati dell'organizzazione che si limitano a gestire le emergenze e necessità quotidiane. Inoltre, impegnarsi nella pianificazione, permette di pensare in modo analitico, basandosi sui dati e analizzando più soluzioni possibili[31]. Questo approccio fa sì che il personale e le organizzazioni si comportino in maniera proattiva in modo tale da poter prevedere gli eventi ed agire per controllarli il più possibile. Una volta pianificato l'intervento che si intende svolgere, è importante prevedere anche un sistema di valutazione dell'andamento secondo criteri ed indicatori stabiliti a priori.

In questo capitolo verrà analizzata, attraverso l'analisi SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*), la nuova proposta organizzativa.

Verranno successivamente riportati i dati relativi alle prestazioni erogate dall'avvio ad oggi del nuovo Servizio di logopedia presso la Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona, facendo un confronto con dati inerenti all'erogazione di prestazioni similari presso la realtà territoriale di Castelfidardo.

5.1 ANALISI SWOT

L'analisi SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*) è uno strumento di pianificazione strategica che permette di esprimere valutazioni di tipo qualitativo, andando ad evidenziare le quattro categorie di variabili che possono influenzare un'organizzazione (come riportato Figura 9). Affinché questo tipo di analisi sia utile ai fini della pianificazione solo se è fondamentale definire un obiettivo da raggiungere. Nel caso dell'organizzazione presa in esame, l'obiettivo che si andrà ad analizzare è quello di fornire un nuovo servizio all'utenza ovvero l'integrazione delle attività svolte con possibilità di presa in carico logopedica, in una nuova ottica di Servizio multidisciplinare.



Figura 9. Modello di analisi SWOT.

Gli insiemi presi in considerazione sono:

- punti di forza (Strengths), ovvero elementi interni all'organizzazione utili al raggiungimento degli obiettivi;
- punti di debolezza (Weaknesses), cioè elementi interni che impediscono il raggiungimento dei risultati sperati;
- opportunità (Opportunities), elementi esterni all'organizzazione che possono essere utili al raggiungimento degli obiettivi;

- minacce (Threats), ossia elementi esterni che possono impedire il raggiungimento dell'obiettivo.

Come si evince da questa suddivisione, i punti di forza e di debolezza riguardano le caratteristiche intrinseche non solo dell'organizzazione, ma anche dell'obiettivo prescelto. Le opportunità e le minacce invece sono generate da fattori esterni come evidenziato dall'analisi PEST (*Political, Economical, Social and Technological*)[38]. Questo tipo di studio prende in esame alcune variabili di contesto che riescono a delineare lo scenario esistente nell'ambiente in cui opera un'organizzazione, per individuare quali fattori possono essere rilevanti nel processo decisionale aziendale, nelle scelte strategiche e operative dell'azienda.

In Figura 10 è possibile osservare l'applicazione dell'analisi SWOT all'obiettivo definito dal nuovo assetto organizzativo della Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona.

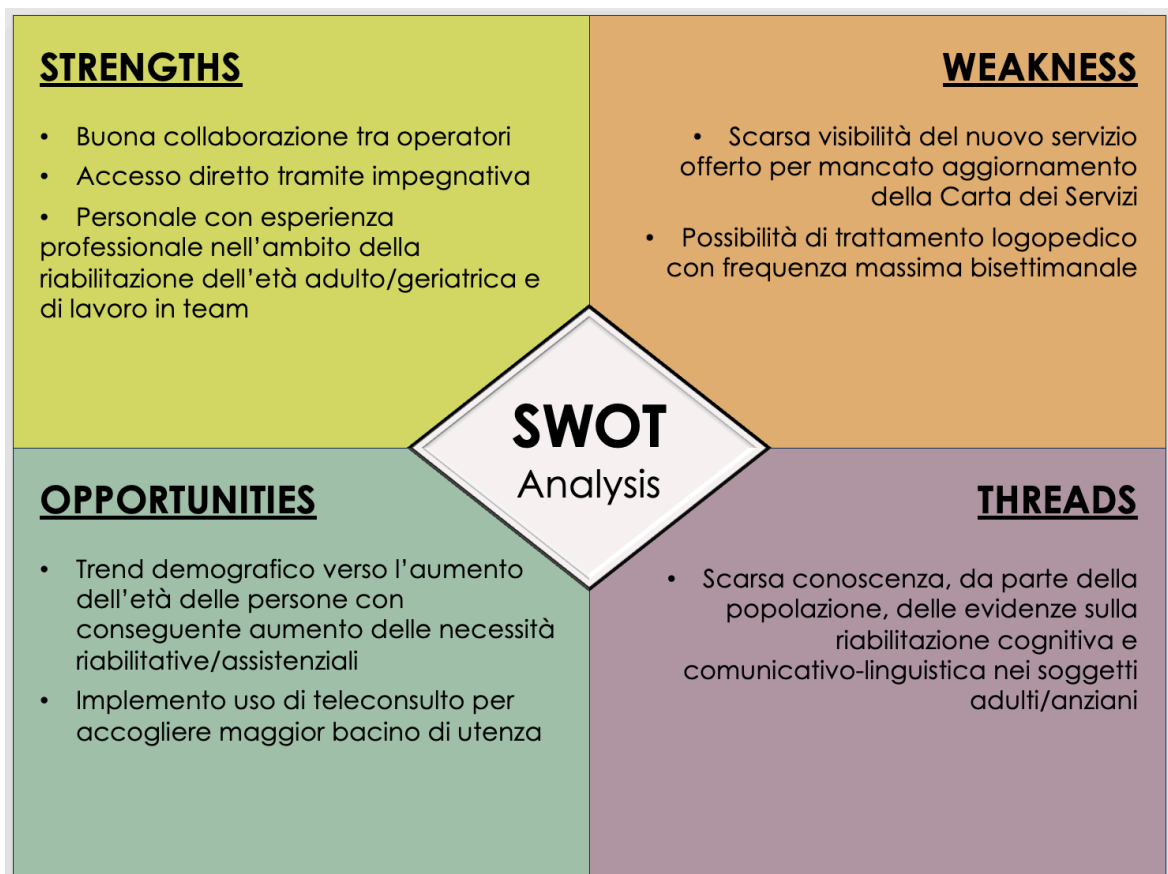


Figura 10. Applicazione analisi SWOT al nuovo servizio di Logopedia della Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona.

Gli elementi interni che facilitano il raggiungimento dell'obiettivo designato nascono, in primo luogo, dalla capacità di accoglienza e collaborazione degli operatori. Da subito sono stati messi a disposizione della nuova unità spazi sia di lavoro che per riporre i propri oggetti personali, mostrando, fin dai primi accessi, collaborazione nell'illustrare l'organizzazione del servizio e nel rispondere a richieste o domande. Tale cooperazione, oltre che nel primo periodo di inserimento, si è poi confermata nella presa in carico dei pazienti. Anche l'esperienza professionale con la medesima tipologia di utenti è da considerarsi un grande punto di forza per l'apertura di un nuovo servizio, poiché questo permette di agevolare il lavoro sul piano clinico e concentrarsi sugli aspetti organizzativi. In ultimo, l'accesso diretto al servizio tramite impegnativa agevola l'utenza sia nella prenotazione della valutazione e/o del trattamento e nel poter avere un primo contatto informativo con l'operatore, sia nel poter ricevere un servizio gratuitamente in caso di soggetto esente o a costi sostenibili con il pagamento del solo ticket. I punti di debolezza interni al servizio sono riconducibili a due aspetti fondamentali: la scarsa visibilità del Servizio e la ridotta presenza della logopedista. La problematica della visibilità è correlata al fatto che l'attuale Carta dei Servizi necessita di essere aggiornata con l'implementazione dell'attività svolta dal centro. Sarebbe inoltre utile promuovere la conoscenza del nuovo servizio informando medici di medicina generale e aziende ospedaliere che collaborano o potrebbero collaborare con lo stesso (come evidenziato nel Business Model Canvas del paragrafo 3.2). La presenza della logopedista per 2 giorni a settimana, come sottolineato in Figura 10, potrebbe rappresentare un potenziale punto di debolezza futuro. Tale scelta è stata pensata, tuttavia, come soluzione per poter avviare il servizio in via sperimentale (fase pilota), in modo tale da poter valutare la reale richiesta di presa in carico logopedica presso il Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie. Come descritto e analizzato nel paragrafo 1.1, negli ultimi anni è possibile osservare un aumento dell'età media delle persone con la presenza di un numero sempre più significativo di soggetti adulti e anziani. Questo trend di longevità si associa ad un aumento delle necessità di salute anche in termini di riabilitazione ed assistenza, andando appunto a supportare l'utilità dell'apertura di un nuovo servizio per l'utenza. Anche la possibilità di implementare l'attività attraverso il teleconsulto [39] si ritiene essere un'opportunità per il raggiungimento dei risultati attesi, permettendo l'accoglienza di un numero maggiore di

utenza. Le principali minacce che sono state rilevate in questa analisi sono di natura socioculturale. Infatti, nonostante il grande interesse nei confronti del settore riabilitativo, ad oggi risulta esser ancora scarsa la conoscenza dell'efficacia di trattamenti cognitivi e comunicativo-linguistici nell'età adulta e geriatrica. Questo bias culturale fa sì che ci sia, a volte, una scarsa aderenza al programma riabilitativo o che addirittura, al presentarsi di problematiche funzionali, non ci si rivolga al Servizio Riabilitativo.

5.2 ANALISI PDCA

La misurazione della performance nei servizi sanitari rappresenta una condizione essenziale nella nuova ottica di *Clinical Governance*, ovvero un “approccio integrato tra i vari elementi che concorrono allo sviluppo del Sistema Sanitario Nazionale, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza allo stesso tempo il ruolo e la responsabilità degli operatori sanitari”[40]. Individuando degli standard clinico-assistenziali è possibile definire dei modelli di valutazione delle performance e, quindi, controllare e governare il sistema attraverso i risultati espressi non solo in termini economici, ma soprattutto in processi. Un metodo che permette di controllare la qualità dei servizi sanitari offerti all’utenza è il metodo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) il quale permette di analizzare ed eventualmente modificare i criteri, gli indicatori e/o gli interventi utilizzati all’ottenimento di risultati attesi[31]. Tale metodo prevede quattro fasi, come riportato in Figura 11.

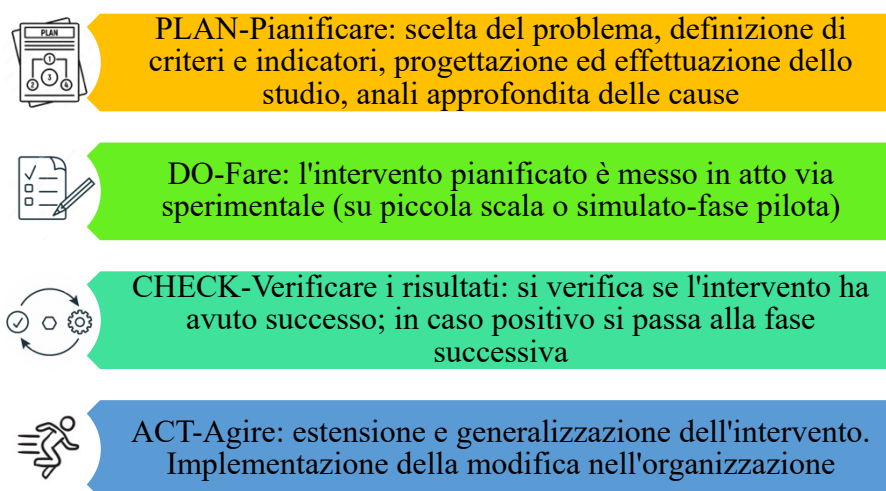


Figura 11. Modello PDCA.

Il progetto di apertura del servizio di logopedia all’interno della Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona, in base al modello appena esposto, si trova attualmente nella fase pilota del “DO”. La prima fase di pianificazione è stata affrontata nei capitoli e paragrafi precedenti, fatta eccezione per la definizione degli indicatori di qualità, elementi necessari per il momento di verifica dei risultati. Nel Decreto Ministeriale Ministero della Sanità del 24 luglio 1995 n. 263 [41] vengono analizzati i

contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio Sanitario Nazionale. Questo sistema di autovalutazione prevede l'identificazione di indicatori, ovvero informazioni selezionate allo scopo di misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e, conseguentemente, di orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali[41]. Secondo la tripartizione di Donabedian [42] i principali assi della qualità sono:

1. struttura;
2. processo;
3. risultato (o esito).

Il primo asse comprende sia le risorse di cui si dispone (edifici, attrezzature, materiale e personale) che l'organizzazione di tali risorse. Con il termine processo, invece, in questo contesto si fa riferimento al comportamento degli operatori che può essere diviso in: volume di prestazioni (produttività e carichi di lavoro); tempestività della risposta; appropriatezza (misura in cui un intervento è efficace e indicato per la persona a cui è rivolto); correttezza tecnica nell'erogazione delle prestazioni (include la comunicazione, l'informazione e l'educazione degli utenti); continuità dell'assistenza; processi manageriali e processi di formazione del personale. L'ultimo asse preso in esame è quello del risultato o esito. Si possono definire come risultati tutte le modificazioni delle condizioni di salute dovute agli interventi sanitari[31]. In questo ambito rientra anche il concetto di efficacia, ovvero la capacità di un intervento di migliorare i risultati di una determinata condizione della persona. In base all'asse considerato si andranno quindi a definire indicatori di processo, di struttura, di esito e outcome. Un indicatore valido deve essere:

- riproducibile con una ridotta variabilità entro e tra osservatori;
- sensibile al cambiamento, evidenziando i cambiamenti del fenomeno nel tempo e nello spazio;
- accurato, ovvero privo di errori di sistema. il valore che si ottiene deve corrispondere il più possibile alla realtà;
- specifico per il fenomeno indagato, poco influenzato, quindi, da fattori estranei alla qualità stessa;
- senza incertezza interpretativa;

Risulta fondamentale, quando si individua un indicatore, esplicitare il termine di paragone, che rappresenta lo standard, e l'obiettivo della misura. Per il nuovo setting operativo della Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona sono stati individuati alcuni indicatori di processo al fine di monitorare, in fase di "Check", l'andamento della nuova proposta offerta.

Tra gli indicatori di processo troviamo misurazioni inerenti alla produttività del servizio logopedico di Ancona, la tempestività di risposta in relazione alle indicazioni fornite dai percorsi aziendali e il carico di lavoro rispetto ad ambulatori territoriali similari, come riportato in Tabella 7.

Produttività	N° richieste presa in carico logopedica/ N° totale di richieste di presa in carico del Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona
	N° di richieste di valutazione e/o trattamento per difficoltà deglutitorie/ N° tot di richieste di valutazione e/o trattamento logopedico
	N° di richieste di valutazione e/o trattamento per disturbi cognitivi e comunicativo-linguistici/ N° tot di richieste di valutazione e/o trattamento logopedico
	N° di richieste di valutazione e/o trattamento per disfunzioni laringee-vocali/ N° tot di richieste di valutazione e/o trattamento logopedico
	N° richieste di presa in carico multidisciplinare/ N° totale di richieste di presa in carico del Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona
Carico di lavoro	N° tot richieste di valutazione e/o trattamento logopedico presso il Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona in un anno/ N° tot richieste di valutazione e/o trattamento logopedico presso il Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona e Castelfidardo in un anno

Tempestività di risposta	Tempo medio in lista d’attesa/ Tempo in lista d’attesa definito dal percorso aziendale di “Preso in carico riabilitativa paziente ambulatoriale in area vasta 2”
---------------------------------	--

Tabella 6. Indicatori di processo per verifica dei risultati nel nuovo assetto organizzativo della Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona

Come esposto all’inizio del corrente paragrafo, attualmente la riorganizzazione del Servizio territoriale post-acuzie di Ancona si trova nella fase dell’attuazione sperimentale (fase pilota). L’ambulatorio di logopedia è stato inserito nel setting riabilitativo di Ancona a partire dal 01/03/2023 con accesso bisettimanale della logopedista nei giorni di martedì e giovedì per un totale di 15 ore a settimana. Dall’apertura ad oggi sono state erogate 21 valutazioni e/o trattamenti logopedici, mentre risultano in attesa 10 richieste di presa in carico logopedica. Per effettuare una prima analisi sulla tipologia di richieste e produttività, le prestazioni sono state divise sia per ambito riabilitativo che per tipologia di servizio (valutazione, trattamento o entrambe), come riportato in Figura 12.

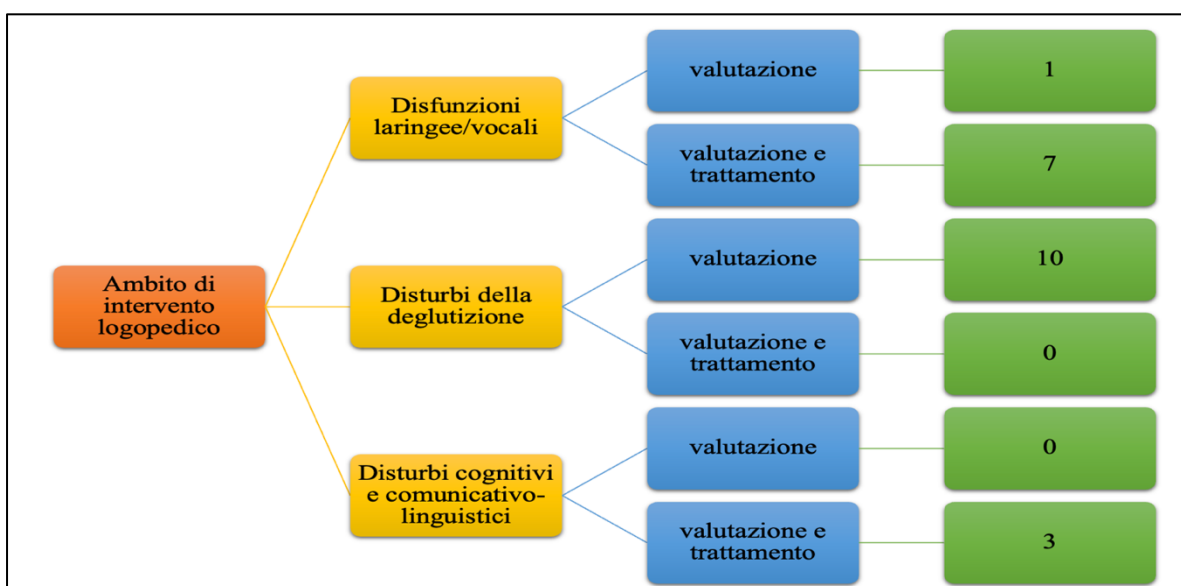


Figura 12. Prestazioni logopediche erogate da marzo 2023 ad oggi presso il Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona.

La stessa tipologia di suddivisione è stata effettuata anche per le 10 richieste di presa in carico attualmente presenti in lista d’attesa, come indicato dalla Figura 13.

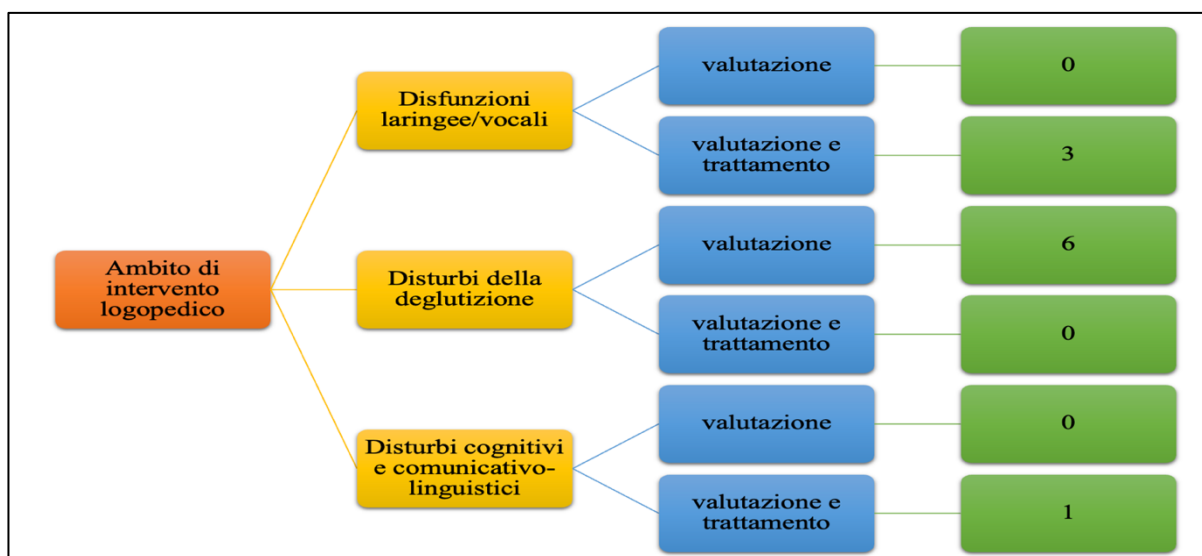


Figura 13. Richieste di presa in carico logopedica presso il Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona attualmente presenti in lista d'attesa.

Quello che emerge dai dati fino ad ora raccolti è una grande richiesta di valutazione clinico-funzionale della deglutizione e di valutazione e trattamento delle disfunzioni laringee o vocali.

Partendo dal confronto con il numero di prestazioni erogate presso l'ambulatorio logopedico della Riabilitazione territoriale di Castelfidardo, si è provato a elaborare una stima del numero di prestazioni logopediche ad un anno dall'apertura di tale servizio. Prima di analizzare tale dati, occorre fare un inciso sul funzionamento del Servizio di Logopedia all'interno della U.O.S. di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Castelfidardo. I dati di confronto raccolti sono riferiti al numero di prestazioni nei due anni precedenti all'anno corrente (2021 e 2022). Nell'anno 2021 l'ambulatorio logopedico, presso la sede di Castelfidardo, era modulato su 3 giorni per un totale di 12 ore a settimana. Nell'anno successivo, 2022, l'ambulatorio ha seguito il medesimo orario fino al mese di settembre, subendo una variazione con completamento dell'orario settimanale (36 ore totali) dal mese di ottobre al mese di dicembre. Il numero di prestazioni che verranno di seguito riportate fa riferimento ai soli nuovi ingressi, non considerando il numero di utenti già in carico presso il Servizio dall'anno precedente. In ultimo, è importante sottolineare che tale ambulatorio ha raccolto, per questioni di vicinanza territoriale, la maggior parte delle richieste di presa in carico da soggetti residenti nella zona sud del distretto di Ancona (comuni di Castelfidardo, Osimo,

Loreto, Camerano, Sirolo, Numana) per un bacino di utenza di circa 81.480 abitanti[4], con un numero minore di richieste provenienti dalla zona nord del distretto per mancanza di ambulatori territoriali più vicini (comuni di Ancona, Chiaravalle, Falconara Marittima, Agugliano, Camerata Picena, Monte San Vito, Montemarciano, Polverigi). Nel primo anno preso in esame, 2021, si è registrato un totale di 44 richieste di presa in carico logopedica erogate, suddivise per ambiti e tipologia di attività come riportato in Figura 14.

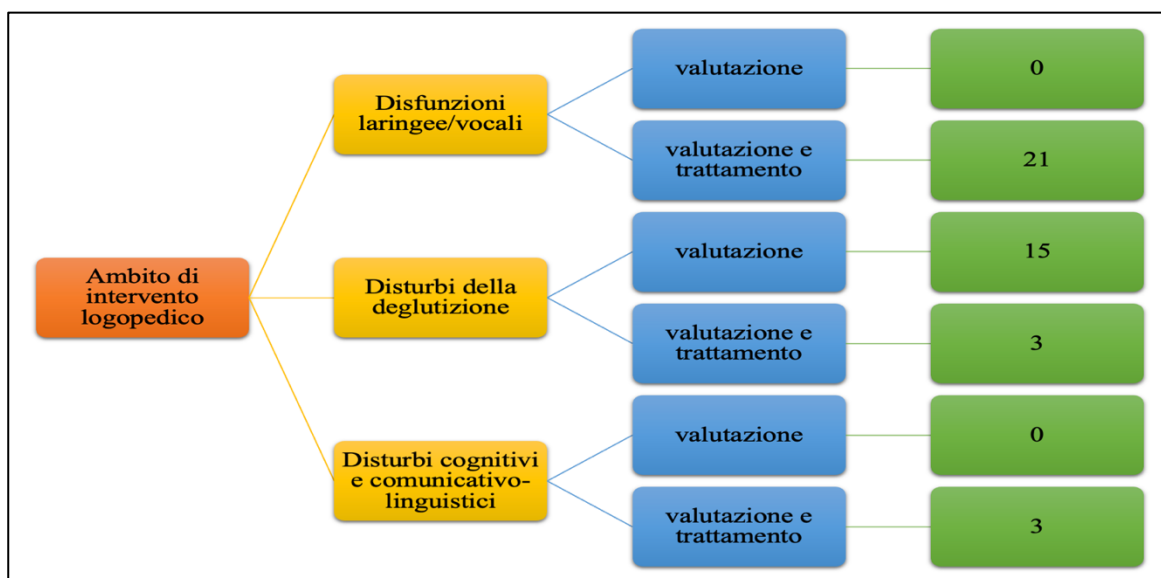


Figura 14. Richieste erogate di presa in carico presso l'ambulatorio logopedico di Castelfidardo nell'anno 2021.

Nell'anno 2022, presso il medesimo ambulatorio, si sono registrate 57 prestazioni erogate, suddivise per ambito e tipologia come in Figura 15.

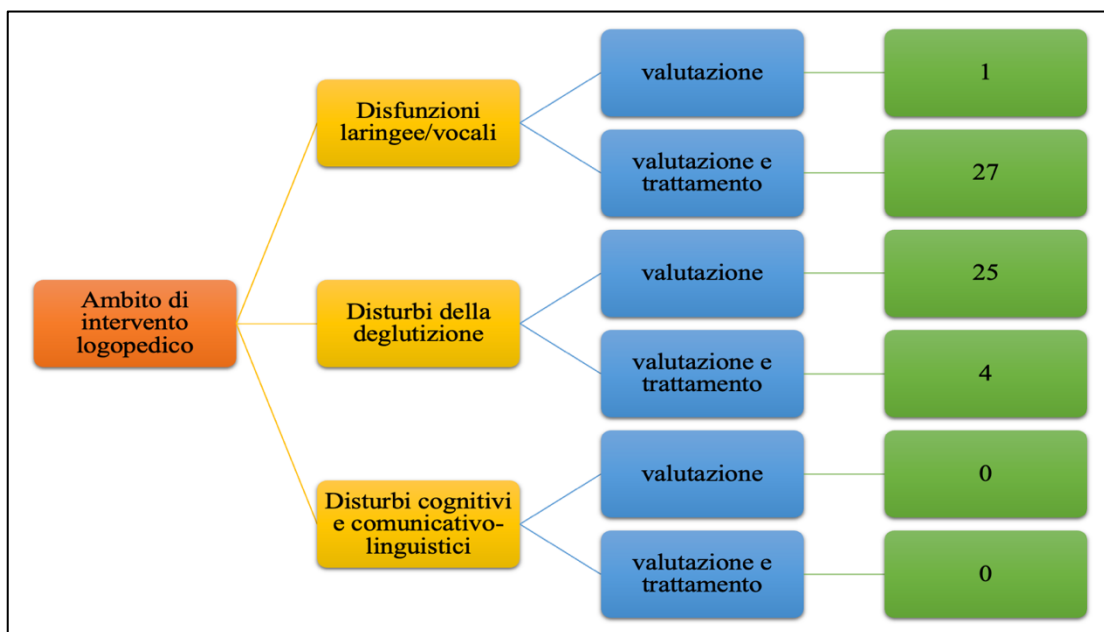


Figura 15. Richieste erogate di presa in carico presso l'ambulatorio logopedico di Castelfidardo nell'anno 2022.

Anche in questo territorio risultano preponderanti le richieste di presa in carico nell'ambito dei disturbi della deglutizione e delle disfunzioni laringee e vocali. Mettendo a confronto il numero di richieste per settore di intervento è possibile notare, inoltre, come nel territorio di Ancona la domanda di presa in carico per disturbi cognitivi e comunicativo-linguistici sia proporzionalmente maggiore rispetto al territorio di Castelfidardo, avendo erogato 3 prestazioni (valutazione e trattamento) in 6 mesi contro 3 prestazioni (valutazione e trattamento) in 24 mesi. Di seguito viene riportato l'andamento del numero di nuove prese in carico, suddiviso per i trimestri di ogni anno in esame, presso l'ambulatorio di logopedia della Riabilitazione territoriale post-acuzie di Castelfidardo.

In Figura 16 è possibile osservare il trend di crescita del numero di nuove prestazioni erogate da un anno all'altro.

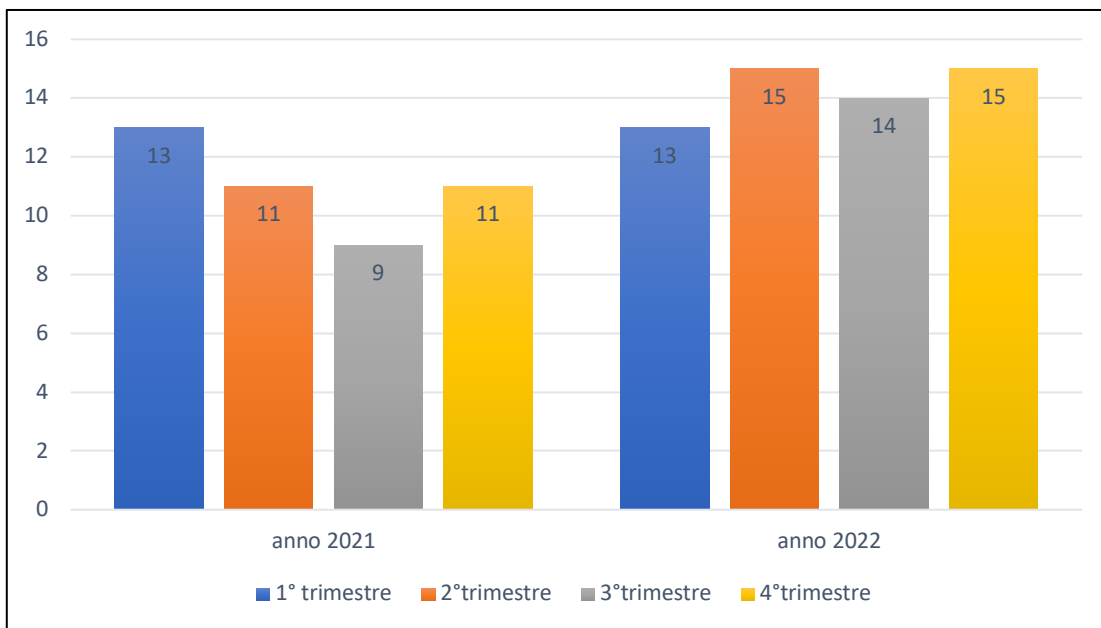


Figura 16. Andamento numero nuove prese in carico logopediche presso ambulatorio di Castelfidardo

Anche se con dati parziali relativi ai primi due trimestri di attività, in Figura 17 si riporta la distribuzione delle performance anche per l'anno 2023, aggiungendo all'attività dell'ambulatorio di Castelfidardo anche quella del nuovo ambulatorio di Ancona.

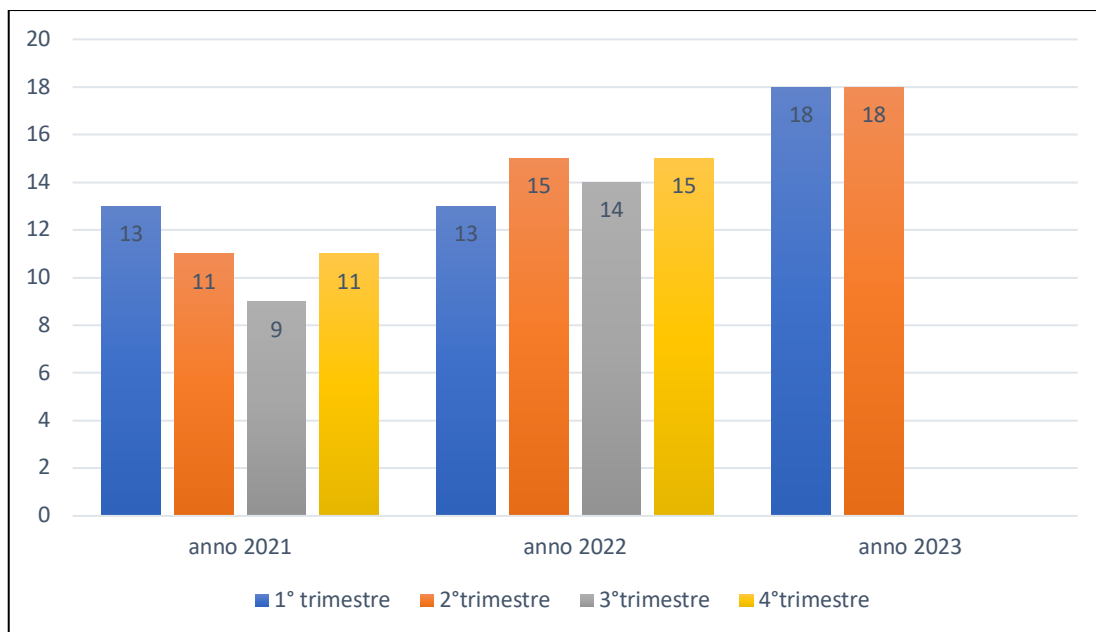


Figura 17. Andamento numero nuove prese in carico logopediche presso gli ambulatori di Castelfidardo e Ancona.

Risulta importante sottolineare come i dati riportati sottostimino il reale carico di lavoro del servizio, non considerando in questa analisi il numero di soggetti presi in carico precedentemente e che continuano ad usufruire di prestazioni logopediche anche nel corso dell'anno successivo.

Dato che la logopedista operante negli ambulatori di Ancona e Castelfidardo è la stessa, è stato rilevato il numero totale di nuove prestazioni erogate nei primi due trimestri dell'anno corrente (2023). Come si osserva in Figura 18, nel primo trimestre il numero di prestazioni logopediche erogate nell'ambulatorio di Castelfidardo è ovviamente maggiore avendo iniziato l'attività presso la Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona a partire da marzo 2023. Tale trend ha subito una notevole modifica nel corso del secondo semestre, dimostrando come il bacino di utenza conferente nell'ambulatorio di Castelfidardo fosse ricco di soggetti proveniente da altri comuni del distretto di Ancona. Inoltre, questo fenomeno è rapportabile al fatto che, come detto in precedenza, in questa analisi vengono conteggiate solo le nuove prese in carico logopediche, trascurando i pazienti con accesso precedente al servizio e ancora in carico.

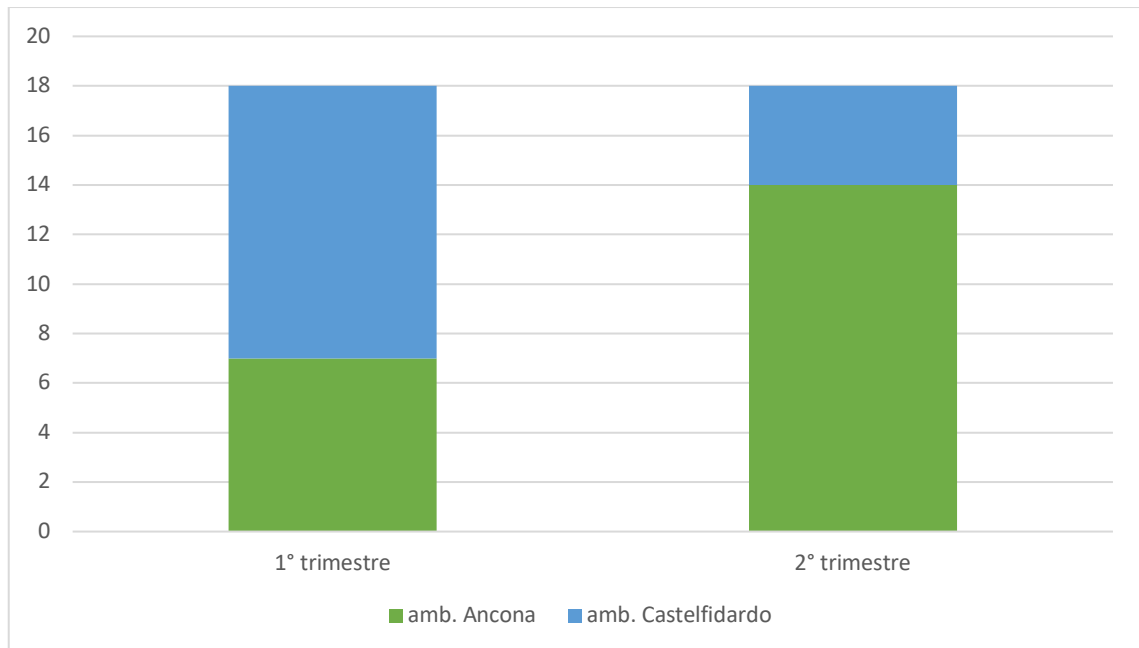


Figura 18. Numero totale di prestazioni erogate presso gli ambulatori logopedici di Ancona e Castelfidardo nei primi due trimestri dell'anno 2023.

L'extrapolazione di tali dati e l'analisi del trend di crescita permettono di condurre una stima del numero di prestazioni presumibilmente erogate nel corso dell'anno corrente e ad un anno dall'apertura del servizio. Al fine di stimare il numero totale delle prese in carico nel terzo e quarto trimestre del 2023 (e degli anni futuri), è stata effettuata

un'analisi di regressione lineare utilizzando come input i dati delle nuove prese in carico dei trimestri precedenti.

La retta risultante rappresentata è rappresentata in rosso, come mostrato in Figura 19.

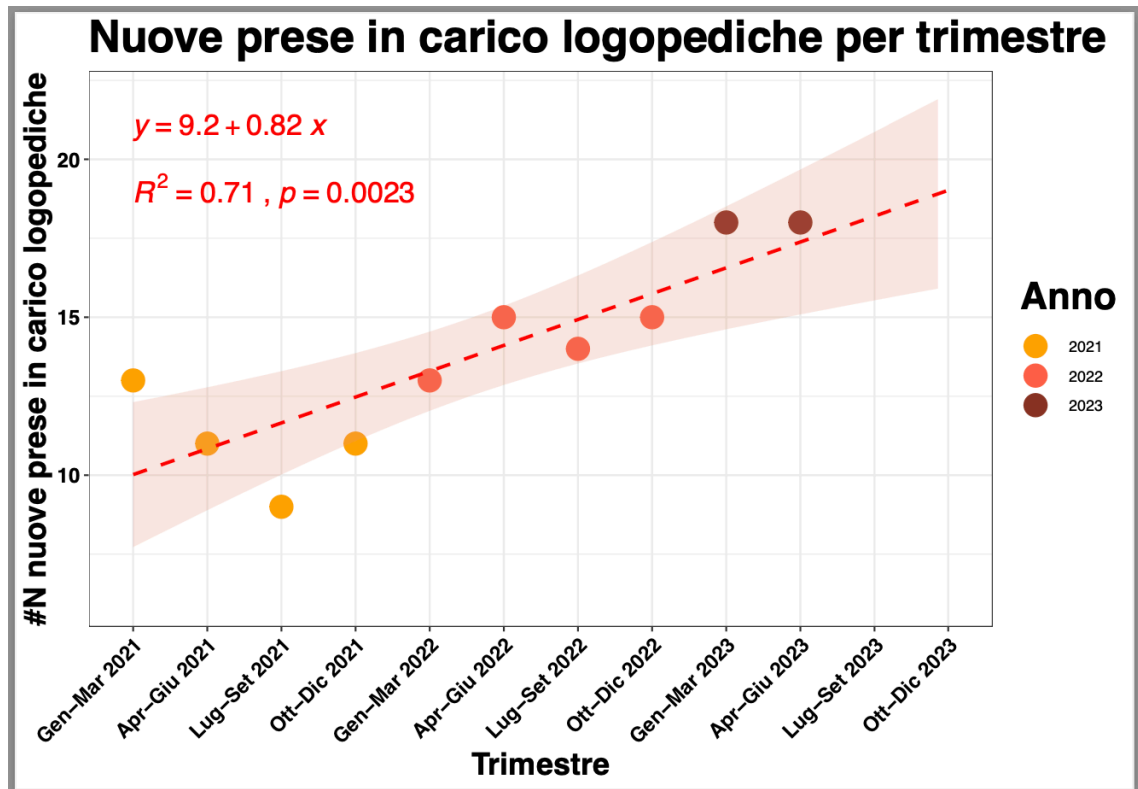


Figura 19. Regressione lineare su stima delle nuove prestazioni complessive degli ambulatori logopedici di Castelfidardo e Ancona.

Il calcolo del coefficiente di determinazione R^2 permette di misurare la bontà dell'adattamento della regressione lineare stimata ai dati osservati. Tale coefficiente è un numero compreso tra 0 e 1: più il valore tende ad 1, più il modello è accurato. Come si evince da Figura 19, il coefficiente R^2 della regressione lineare per le nuove prese in carico presso l'ambulatorio di Ancona è uguale a 0,7071, andando a delineare un modello abbastanza accurato. Per stimare la probabilità che il modello utilizzato sia corretto con un piccolo margine di errore (ipotesi di linearità) è stato calcolato il valore di probabilità p-value, fissando una soglia di errore del 5%. Il p-value calcolato per tale regressione lineare risulta essere di 0.002302, quindi minore della soglia di errore, a dimostrare che i dati osservati fittano bene con il modello lineare rappresentato.

6. CONCLUSIONI E OBIETTIVI FUTURI

In questo progetto di tesi si è discusso, da un punto di vista organizzativo-manageriale, dell'apertura di un ambulatorio logopedico adulti all'interno del Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona. Nel primo capitolo si è descritto il background demografico, epidemiologico e clinico della popolazione oggetto di studio, ovvero soggetti residenti nella regione Marche e, in modo più specifico, nel distretto di Ancona. Successivamente si è analizzata l'attuale distribuzione dell'offerta riabilitativa territoriale extra-ospedaliera del distretto di Ancona, andando ad evidenziare una discrepanza tra strutture ambulatoriali che erogano prestazioni anche logopediche e strutture ambulatoriali che erogano solo prestazioni fisioterapiche. Si è poi focalizzata l'attenzione sul pregresso assetto del Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona, descrivendo i requisiti necessari per la riorganizzazione dello stesso in centro di riabilitazione ambulatoriale secondo i criteri stabiliti dal manuale di accreditamento regionale, integrando le prestazioni offerte con possibilità di presa in carico logopedica e/o multidisciplinare. Nel capitolo 3 è stato fatto un approfondimento sulla fattibilità della nuova offerta riabilitativa analizzando i rapporti e le influenze reciproche che mettono in relazione tra loro gli elementi che compongono il sistema preso in esame attraverso l'uso di analisi sistemica, l'individuazione di possibili indicatori di complessità e fornendo una descrizione della stessa tramite Business Model Canvas. Questa analisi permette di avere una visione globale e ordinata dei fenomeni, mettendo in risalto i nessi esistenti tra gli elementi del sistema e tra il sistema e il suo contesto.

Successivamente è stata descritta l'organizzazione del nuovo ambulatorio di logopedia e la pianificazione strategica dello stesso tramite analisi SWOT e individuazione di possibili indicatori di processo. In ultimo è stata introdotto e applicato il metodo PDCA per controllare la qualità dei servizi sanitari offerti e, a tal fine, sono stati riportati i dati acquisiti fino ad ora sulla produttività del nuovo servizio e una stima delle performance ad un anno dall'apertura.

Condurre un'attenta pianificazione e analisi quando si vuole apportare una modifica ad un assetto organizzativo già definito è uno step essenziale, oltre che per minimizzare la presenza di rischi di fallimento e massimizzare la riuscita, per aumentare la motivazione al cambiamento che si andrà ad apportare nel sistema, creando un ambiente accogliente

e non ostile. Infatti, secondo il modello manageriale della teoria Y di McGregor il miglior modo per motivare i lavoratori è creare un ambiente di lavoro con un clima di aperta comunicazione e fiducia, controllo decentralizzato e processo decisionale partecipativo, condizione che permetta ai dipendenti di attingere al proprio potenziale creativo e fornisca un senso di autonomia e responsabilità[43]. Cambiamenti forti prodotti da situazioni ad alta complessità, come quelli proposti nella riorganizzazione dell'assetto del Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie, richiedono un approccio strategico e pianificato al fine di realizzare un nuovo equilibrio, senza trascurare i segnali dell'ambiente esterno e interno al sistema oggetto di modifica[32]. Come descritto nel paragrafo 5.2., attualmente il progetto di apertura dell'ambulatorio logopedico adulti nel contesto riabilitativo territoriale di Ancona è ancora nella fase di sperimentazione (fase pilota). Il primo obiettivo futuro sarà quindi quello di andare a verificare i risultati ottenuti ad un anno dall'apertura del nuovo ambulatorio, confrontando gli stessi con le stime ottenute partendo dall'analisi dei dati fino ad ora collezionati. Questa indagine sarà fondamentale per poter implementare ed eventualmente modificare l'attuale assetto organizzativo al fine di potenziare l'offerta riabilitativa e rispondere in modo più accurato alle esigenze e ai bisogni di salute degli utenti. Altro obiettivo futuro sarà quello di realizzare maggiori scambi e relazioni sia con le Aziende Ospedaliere di riferimento e centri di riabilitazione intensiva che con i Servizi assistenziali presenti sul territorio (es Unità Multidisciplinare per l'Età Adulta-UMEA) definendo dei percorsi di presa in carico in un'ottica di continuità assistenziale e integrazione sociosanitaria.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- [1] Governo della Repubblica Italiana, “Legge 23 dicembre 1978, n. 833. ‘Istituzione del servizio sanitario nazionale.’”
https://presidenza.governo.it/USRI/ufficio_studi/normativa/Legge%2023%20dicembre%201978,%20n.%20833.pdf (accessed Sep. 10, 2023).
- [2] Salute internazionale, “Assistenza primaria in Europa,” 2014.
<https://www.saluteinternazionale.info/2014/06/assistenza-primaria-in-europa/> (accessed Sep. 10, 2023).
- [3] Ministero della salute, “Gazzetta Ufficiale. Decreto n 77. del 23 maggio 2022.”
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg> (accessed Sep. 10, 2023).
- [4] “ISTAT.” <https://www.istat.it/> (accessed Aug. 07, 2023).
- [5] Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona, “Piano integrato di attività e organizzazione 2023-2025, PIAO.” https://www.asur.marche.it/web/portal/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corrruzione-e-della-trasparenza/-/document_library_display/VP8HsqJrR4KU/view/2113199?_110_INSTANCE_VP8HsqJrR4KU_redirect=https%3A%2F%2Fwww.asur.marche.it%2Fweb%2Fportal%2Fpiano- (accessed Jul. 17, 2023).
- [6] O. Schindler, G. Ruoppolo, and A. Schindler, *Deglutologia*, Seconda edizione. Torino, 2011.
- [7] The Speech Pathology Association of Australia Limited, “Speech Pathology Australia Clinical Guideline Dysphagia,” 2012.
- [8] F. Rajati, N. Ahmadi, Z. A. Naghibzadeh, and M. Kazeminia, “The global prevalence of oropharyngeal dysphagia in different populations: a systematic review and meta-analysis,” *J Transl Med*, vol. 20, no. 1, p. 175, Apr. 2022, doi: 10.1186/s12967-022-03380-0.
- [9] A. Amitrano, *Disfagia e alimentazione*, 1st ed., vol. 1. Roma, 2021.
- [10] D. D. Freed, *Le Disartrie. Diagnosi e Trattamento*. Napoli, 2015.
- [11] M. Gilardone and A. Monti, *Afasiologia. Clinica, valutazione, trattamento*. Milano, 2019.
- [12] A. Basso, S. Cattaneo, A. Miozzo, L. Modena, and A. Monti, “Riabilitazione dei disturbi del linguaggio e del calcolo: afasie, alessie, agrafie e acalculia,” in *La riabilitazione neuropsicologica*, Springer, Ed., Milano, 2012.
- [13] A. Cantagallo, G. Spitoni, and G. Antonucci, *Le funzioni esecutive. Valutazione e riabilitazione*, 4th ed. Roma, 2015.
- [14] L.-H. Wang, T.-N. Doan, F.-C. Chang, T.-L. To, W.-C. Ho, and L.-W. Chou, “Prevalence of Voice Disorders in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis,” *Am J Speech Lang Pathol*, vol. 32, no. 4, pp. 1758–1769, Jul. 2023, doi: 10.1044/2023_AJSLP-22-00393.
- [15] S. Magnani, *Curare la voce. Diagnosi e terapia dei disturbi della voce*. Milano, 2015.
- [16] M. Benazzo and G. Bertino, *Riabilitazione fonatoria e polmonare nel paziente sottoposto a laringectomia totale*. Milano/Pavia, 2019.
- [17] “Le laringectomie parziali orizzontali.” https://www.sioechcf.it/wp-content/uploads/2017/06/Laringectomia_Parziali-Orizzontali.pdf (accessed Aug. 11, 2023).

- [18] “Governo Italiano. Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.”
<https://www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2021/seduta-del-04082021/atti/repertorio-atto-n-124csr/> (accessed Aug. 22, 2023).
- [19] “Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.”
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1546_allegato.pdf (accessed Aug. 22, 2023).
- [20] “Regione Marche. LR 21/2016- Strutture private accreditate al 31/12/2022.”
https://www.regione.marche.it/portals/0/Amministrazione%20Trasparente/StruttureSanitarie/Strutture_Sanitarie_Private_Accreditate_al_31_12_2022_.pdf (accessed Aug. 17, 2023).
- [21] “Aziende Sanitarie Territoriali Marche. Strutture convenzionate.”
<https://www.asur.marche.it/web/portal/strutture-convenzionate> (accessed Aug. 17, 2023).
- [22] “Regione Marche. Delibera della giunta regionale n 214 del 27 febbraio 2023.”
https://www.regione.marche.it/portals/0/Salute/Accreditamenti/DGR%2020214_2023%20aggiornamento%20manuale%20ambulatori_studi.pdf (accessed Aug. 17, 2023).
- [23] “Santo Stefano Riabilitazione.” <https://sstefano.it/villa-adria> (accessed Aug. 07, 2023).
- [24] “IRCCS INRCA Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico.”
<https://www.inrca.it/inrca/> (accessed Aug. 07, 2023).
- [25] “Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus.” <https://www.dongnocchi.it> (accessed Aug. 07, 2023).
- [26] “Casa Grimani Buttari. Residenze per anziani in Osimo.” <http://www.buttari.it> (accessed Aug. 17, 2023).
- [27] “Palestra Zenith. Centro di fisioterapia.” <https://www.palestrazenith.it> (accessed Aug. 17, 2023).
- [28] “Regione Marche. Delibera della Giunta Regionale 462/2019.”
https://www.norme.marche.it/Delibere/2019/DGR0462_19.pdf (accessed Aug. 22, 2023).
- [29] Gruppo di lavoro professionisti UUOO di Medicina Fisica e Riabilitativa dell’AV2, “‘Presenza in carico riabilitativa del paziente ambulatoriale in area vasta 2’. Protocollo interno aziendale.”
- [30] Regione Marche, “Delibera della Giunta Regionale n 214 del 27 febbraio 2023.”
https://www.regione.marche.it/portals/0/Salute/Accreditamenti/DGR%2020214_2023%20aggiornamento%20manuale%20ambulatori_studi.pdf (accessed Aug. 22, 2023).
- [31] C. Calamandrei, *Manuale di management per le professioni sanitarie*, 4/e. Milano, 2015.
- [32] M. Ashleigh, A. Mansi, and G. Di Stefano, *Psicologia del lavoro e delle organizzazioni*, 2nd ed. Milano-Torino, 2019.
- [33] Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni, “Contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità. Triennio 2019-2021.”
<https://www.aranagenzia.it/attachments/article/13193/2022.11.02%20->

- %20CCNL%20comparto%20sanità%20-%20Definitivo%20f.to.pdf (accessed Aug. 29, 2023).
- [34] “Autorità Nazionale Anticorruzione. Codice di comportamento approvato con DPR 16.4.2013, n.62, modificato dal DPR 13.6.2023, n. 81.”
<https://www.anticorruzione.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/codice-disciplinare-e-codice-di-comportamento> (accessed Aug. 29, 2023).
- [35] “Aziende Sanitarie Territoriale (AST). Codice di comportamento per il personale dell’ ASUR Marche.” https://www.asur.marche.it/zh_CN/web/portal/atti-general/p_p_id=110_INSTANCE_gJn6ooDMx0DM&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2&_110_INSTANCE_gJn6ooDMx0DM_struts_action=%2Fdocument_library_display%2Fview_file_entry&_110_INSTANCE_gJn6ooDMx0DM_redirect=https%3A%2F%2Fwww.asur.marche.it%2Fzh_CN%2Fweb%2Fportal%2Fatti-general%2F%2Fdocument_library_display%2FgJn6ooDMx0DM%2Fview%2F1449646&_110_INSTANCE_gJn6ooDMx0DM_fileEntryId=1634747 (accessed Aug. 29, 2023).
- [36] “Decreto Legislativo n. 101 del 10 agosto 2018.”
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/09/04/18G00129/sg> (accessed Sep. 04, 2023).
- [37] ASUR Marche, “Disfagia: quando alimentarsi diventa difficile.”
<https://www.asur.marche.it/documents/20182/1541350/Opuscolo+Marche+def..pdf/d6fa070e-bbed-4e3e-a086-08447918bc9d> (accessed Sep. 04, 2023).
- [38] “Inside Marketing. Analisi PEST.”
<https://www.insidemarketing.it/glossario/definizione/analisi-pest/> (accessed Sep. 08, 2023).
- [39] Ministero della salute, “Gazzetta Ufficiale. DECRETO 21 settembre 2022 .”
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/11/02/22A06184/sg> (accessed Sep. 08, 2023).
- [40] Ministero della salute, “Governo clinico e sicurezza delle cure.”
<https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=232&area=qualita&menu=vuoto#:~:text=Per%20%22Governo%20clinico%22%20si%20intende,la%20responsabilità%20degli%20operatori%20sanitari.> (accessed Sep. 08, 2023).
- [41] Ministero della sanità, “Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana. Decreto 24 luglio 1995.”
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1995-11-10&atto.codiceRedazionale=095A6588&elenco30giorni=false (accessed Sep. 08, 2023).
- [42] A. Donabedian, *La qualità dell’assistenza sanitaria*, vol. 1. Roma, 1990.
- [43] Management Study Guide, “Theory X and Theory Y.”
<https://www.managementstudyguide.com/theory-x-y-motivation.htm> (accessed Sep. 10, 2023).

INDICE TABELLE

Tabella 1. Distribuzione della popolazione marchigiana nel territorio dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona	7
Tabella 2. Le più significative malattie che causano disfagia.....	11
Tabella 3. Principali cause e caratteristiche delle disartrie. Darley L., Aronson A.E., Brown JR. (1969).....	13
Tabella 4 Aspetti clinici per la distinzione tra deficit afasici fluenti o non fluenti. Luzzatti, 2018, modificata	15
Tabella 5. Modalità di inserimento dei soggetti nella lista d'attesa a seconda del livello di priorità	49
Tabella 6. Indicatori di processo per verifica dei risultati nel nuovo assetto organizzativo della Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona.....	62

INDICE FIGURE

Figura 1. Piramide della popolazione	8
Figura 2. Modello di elaborazione del linguaggio lungo la procedura lessicale per la denominazione di figure e lungo le procedure lessicali e sublessicali per la ripetizione, lettura ad alta voce e scrittura sotto dettato di parole e non-parole. (Luzzatti, 2018).....	16
Figura 3. Distribuzione dei Servizi di Riabilitazione extraospedaliera nel distretto di Ancona.....	23
Figura 4. Modello di analisi sistemica.....	31
Figura 5. Fattori componenti la nuova organizzazione del Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona secondo l'analisi sistemica.....	32
Figura 6. Organigramma della rappresentazione gerarchica dell'Unità Operativa di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona.....	35
Figura 7. Business Model Canvas del nuovo assetto organizzativo del Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona.....	41
Figura 8. Esempio di lista d'attesa logopedica. I dati inseriti sono frutto di invenzione	47
Figura 9. Modello di analisi SWOT.....	55
Figura 10. Applicazione analisi SWOT al nuovo servizio di Logopedia della Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona.....	56
Figura 11. Modello PDCA.....	59
Figura 12. Prestazioni logopediche erogate da marzo 2023 ad oggi presso il Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona.....	62
Figura 13. Richieste di presa in carico logopedica presso il Servizio di Riabilitazione territoriale post-acuzie di Ancona attualmente presenti in lista d'attesa.....	63
Figura 14. Richieste erogate di presa in carico presso l'ambulatorio logopedico di Castelfidardo nell'anno 2021.....	64
Figura 15. Richieste erogate di presa in carico presso l'ambulatorio logopedico di Castelfidardo nell'anno 2022.....	65
Figura 16. Andamento numero nuove prese in carico logopediche presso ambulatorio di Castelfidardo.....	66
Figura 17. Andamento numero nuove prese in carico logopediche presso gli ambulatori di Castelfidardo e Ancona.....	66

Figura 18. Numero totale di prestazioni erogate presso gli ambulatori logopedici di Ancona e Castelfidardo nei primi due trimestri dell'anno 2023.	67
Figura 19. Regressione lineare su stima delle nuove prestazioni complessive degli ambulatori logopedici di Castelfidardo e Ancona.....	68

ALLEGATO 1. VALUTAZIONE CLINICO FUNZIONALE DELLA DEGLUTIZIONE



Cognome: Nome:
 D.N. ___/___/___

ALL. N° _____

Unità Operativa Medicina Fisica e Riabilitazione di ...
VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE DELLA DEGLUTIZIONE

DIAGNOSI _____

SETTING DI VALUTAZIONE OSPEDALE (REPARTO) _____ AMBULATORIO RSA

Già in carico al Servizio nutrizionale sì no

Data ricovero _____ Data richiesta _____ Data valutazione _____

VALUTAZIONE CLINICA

Posizione seduta	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	NUTRIZIONE IN ATTO	
Vigilanza adeguata	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	comune	<input type="checkbox"/>
Collaborazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	sciroposo (semiliquida)	<input type="checkbox"/>
DISTURBI COMUNICATIVI		cremoso (semisolida)	<input type="checkbox"/>
Afasia	<input type="checkbox"/>	Tenero spezzettato (solida morbida)	<input type="checkbox"/>
Disartria	<input type="checkbox"/>	SNG	<input type="checkbox"/>
Ipo/disfonia	<input type="checkbox"/>	PEG	<input type="checkbox"/>
Disturbi cognitivi _____	<input type="checkbox"/>	Parenterale	<input type="checkbox"/>
RESPIRAZIONE		IDRATAZIONE	
naturale	<input type="checkbox"/>	Liquidi fini	<input type="checkbox"/>
Cannula tracheostomica tipo: _____	<input type="checkbox"/>	Liquidi addensati	<input type="checkbox"/>
Supporto di O2 _____	<input type="checkbox"/>	Acqua gelificata	<input type="checkbox"/>
TIPO DISFAGIA RIFERITA		SINTOMI/ SEGNI	
Liquidi	<input type="checkbox"/>	Tosse alla deglutizione	<input type="checkbox"/>
Solidi	<input type="checkbox"/>	Rigurgito/reflusso	<input type="checkbox"/>
Entrambi	<input type="checkbox"/>	Sensazione bolo in bocca/gola	<input type="checkbox"/>
Sospetta ab ingestis 1° episodio	<input type="checkbox"/>	Sintomi respiratori	<input type="checkbox"/>
Polmoniti/febbri/bronchiti recidivanti	<input type="checkbox"/>	Mancato contenimento orale	<input type="checkbox"/>
		Aumentata durata pasto	<input type="checkbox"/>
		Ridotto introito/rifiuto di cibo	<input type="checkbox"/>

• **QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE:** _____

VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI ORO-FARINGO-LARINGEE

FASE ORALE		Note	FASE FARINGEA		Note
Alterata igiene orale			Asimmetria del velo palatino		
Deviazione rima			Deficit di motilità del velo		
Deficit forza della lingua			Deficit di sensibilità del velo		
Movimenti involontari regione orale			Deficit riflesso faringeo		
Alterata motilità della mandibola			Deficit riflesso deglutitorio		
Deficit mm masticatori			Deficit tosse volontaria		
Deficit di sensibilità			Deficit tosse riflessa		
Protesi dentaria/ Edentulia			Ipomobilità ioido-laringea		
Alterata clearance del bolo			Tempo di transito oro-faringeo prolungato		
Alterata formazione del bolo			Tentativi di deglutizione ripetuti/difficolto		
Riflessi patologici _____					
Perdita anteriore del bolo/saliva					

- **Test dei Nervi cranici I&I-Test:**/60
(60-44 punti: assenza di disfagia o disfagia lieve/ <44 disfagia da lieve a grave- minor punteggio, maggiore gravità)

TEST CLINICI

- **Test 3 cucchiaini d'acqua:** Negativo Positivo Non valutabile Saturazione pre/post:...../.....
- **Test dell'acqua (bicchiere):** Negativo Positivo Non valutabile Saturazione pre/post:...../.....
- **3 oz Water Swallow Test (85 ml):** Negativo Positivo Non valutabile Saturazione pre/post:...../.....
- **Blue Dye Test (paziente con tracheostomia):** Negativo Positivo Non valutabile Saturazione pre/post:...../.....

PROVE DI DEGLUTIZIONE

Test con acqua addensata (tipo _____)	<input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non efficace per:	<input type="checkbox"/> alt. Clearance <input type="checkbox"/> tempo transito prolungato <input type="checkbox"/> Tosse (_____) <input type="checkbox"/> voce gorgogliante <input type="checkbox"/> sintomi respiratori <input type="checkbox"/> altro: _____
Test con sciropposo (semiliquido)	<input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non efficace per:	<input type="checkbox"/> alt. Clearance <input type="checkbox"/> tempo transito prolungato <input type="checkbox"/> Tosse (_____) <input type="checkbox"/> voce gorgogliante <input type="checkbox"/> sintomi respiratori <input type="checkbox"/> altro: _____
Test con cremoso (semisolido)	<input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non efficace per:	<input type="checkbox"/> alt. Clearance <input type="checkbox"/> tempo transito prolungato <input type="checkbox"/> Tosse (_____) <input type="checkbox"/> voce gorgogliante <input type="checkbox"/> sintomi respiratori <input type="checkbox"/> altro: _____
Test con solido morbido: <input type="checkbox"/> tritato fine umido <input type="checkbox"/> tenero e spezzettato	<input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non efficace per:	<input type="checkbox"/> alt. Clearance <input type="checkbox"/> tempo transito prolungato <input type="checkbox"/> Tosse (_____) <input type="checkbox"/> voce gorgogliante <input type="checkbox"/> sintomi respiratori <input type="checkbox"/> altro: _____
Test con solido (comune)	<input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Non efficace per:	<input type="checkbox"/> alt. Clearance <input type="checkbox"/> tempo transito prolungato <input type="checkbox"/> Tosse (_____) <input type="checkbox"/> voce gorgogliante <input type="checkbox"/> sintomi respiratori <input type="checkbox"/> altro: _____

DYSPHAGIA OUTCOME AND SEVERITY SCALE (DOSS)

Non indicata alimentazione orale

FUNCTIONAL ORAL INTAKE SCALE (FOIS)

Non indicata idratazione orale

MODALITA' DI NUTRIZIONE/IDRATAZIONE ORALE CONSIGLIATA

Tipo di ALIMENTAZIONE consigliata:

SCIROPPOSO (dieta semiliquida)	
CREMOSO (dieta semisolido)	
TRITATO FINE UMIDO (dieta solida morbida)	
TENERO E SPEZZETTATO (dieta solida morbida)	
SOLIDO (dieta comune)	
NO DOPPIE CONSISTENZE	

Tipo di IDRATAZIONE consigliata:

LIQUIDI FINI SENZA LIMITAZIONI	
LIQUIDI FINI A PICCOLI SORSI	
LIQUIDI ADDENSATI: LEGGERMENTE DENSO	
MODERATAMENTE DENSO (SCIROPPO)	
DENSO (CREMA)	
MOLTO DENSO (BUDINO)	

Somministrazione dei FARMACI:

CON LIQUIDI ADDENSATI/ CIBI CREMOSI	
SOLUZIONI SOLUBILI IN ACQUA ADDENSATA	

Per ulteriori indicazioni su strategie preventive e di compenso durante il pasto si fornisce allegato a paziente/caregiver

Necessita di assistenza ai pasti? No Si
Necessario controllo di follow-up? No Si _____

Contatto telefonico _____

CONCLUSIONI

Logopedista _____

RINGRAZIAMENTI

Per prime, è doveroso ringraziare la professoressa Maria Gabriella Ceravolo e la professoressa Patrizia Lopez, rispettivamente Presidentessa e Direttrice del Corso di Laurea Magistrale “Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie” per l’impegno, la dedizione dimostrate e le opportunità di crescita che ci hanno offerto in questi due anni insieme. Ringrazio la professoressa Lopez anche per aver appoggiato, supportato e revisionato questo progetto di tesi.

Un grazie speciale va alla dottoressa Giovanna Diotallevi, non solo per avermi aiutata nella progettazione e stesura di questo lavoro, ma anche per la condivisione, la guida e l’aiuto che mi ha fornito in questi anni di lavoro insieme.

Grazie ai miei colleghi della Riabilitazione territoriale di Castelfidardo e di Ancona per il supporto e la comprensione durante questi anni e, in particolare, grazie alla dottoressa Lucia Marinozzi per avermi aiutato anche in questo progetto di tesi, mettendomi a disposizione documenti e informazioni preziose.

Non posso che ringraziare tutti i miei compagni di corso grazie ai quali l’impegno di studio di questi anni è risultato più leggero. Poter condividere questo percorso con voi è stato davvero un privilegio unico! In particolare, vorrei ringraziare Eleonora per tutte le sessioni di studio insieme, sempre accompagnate da risate, confidenze e incoraggiamento reciproco.

Ringrazio come sempre la mia famiglia ed in particolare i miei genitori per avermi insegnato a perseguire i miei obiettivi non facendomi abbattere dalle difficoltà.

Grazie a mia sorella Anna Sofia per tutto l’aiuto che mi ha sempre dato e, in particolare, in questo ultimo anno così particolare e speciale per entrambe.

Grazie alla mia nonna Teri che oggi purtroppo non sarà qui a condividere questa giornata con me, ma che è sempre stata sostenitrice di tutto il mio percorso di studi.

Spero che oggi sarai ancora più fiera di me.

Vorrei ringraziare il mio piccolo Neve per la compagnia durante le serate di studio e per essere rimasto sempre vicino (o sopra) il computer durante la stesura di questo progetto di tesi.

In ultimo, ma non per importanza, grazie a Matteo che mi spronato a non arrendermi mai e ha festeggiato insieme a me ogni successo. Sei un compagno di vita prezioso.