



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale o Specialistica in Management Pubblico e dei Sistemi
Socio Sanitari
Management delle Aziende Sanitarie
Università Politecnica delle Marche

L'Ospedale di Comunità (OSCO) nel Modello Organizzativo Post-Pandemico:

Analisi dell'Esperienza Regionale e Implicazioni Manageriali del DM 77/2022 e del PNRR

**The Community Hospital (OsCo) in the Post-Pandemic Organizational Model:
Analysis of the Regional Experience and Managerial Implications of Ministerial
Decree No. 77/2022 and the National Recovery and Resilience Plan (NRRP)**

Relatore: Chiar.mo

Prof. Del Bene Luca

Tesi di Laurea di: De Luca Rosa

Anno Accademico 2025/2026

INDICE

1. Introduzione
 1. Le cure intermedie e l'OsCo
 2. Il modello organizzativo degli OsCo in Ausl Modena in recepimento del DM 77/2022 e DGR 221/2022 il PNRR e l'impatto sulla Medicina Territoriale
2. Obiettivo della tesi
3. Chiave di lettura
 1. Misurare la performance dell'OsCo: quadro teorico e metodo
 - i. Perché misurare la performance dell'OsCo
 - ii. Dalla misurazione unidimensionale alla valutazione multidimensionale
 - iii. Performance, valore pubblico e responsabilità di rendicontazione
 2. La Balanced Scorecard: contributo teorico e limiti applicativi
 3. Il modello adottato: Donabedian integrato con valore, transizione e contesto
 4. Il sistema di misurazione utilizzato nella tesi
 5. Case-mix, contesto e limiti dell'interpretazione
 6. Sintesi della chiave di lettura
4. Obiettivo, domanda di ricerca e ipotesi interpretative

1. Disegno osservazionale e perimetro dell'analisi
5. Materiale e metodi
6. Risultati
7. Discussione e indicazioni di miglioramento della prassi organizzativa
8. Conclusioni
9. Bibliografia, Riferimenti ed Opere citate

INTRODUZIONE

1.1 Le cure intermedie e l'OsCo

Il progressivo invecchiamento della popolazione, (Population Pyramids of the World from 1950 to 2100, 2026) la transizione epidemiologica verso una prevalenza di patologie cronico-degenerative e l'emergere di nuovi bisogni sociosanitari complessi (Ocse: Malattie croniche in aumento, prevenzione decisiva per salute e crescita economica, 2026) hanno messo a dura prova la sostenibilità dei sistemi sanitari occidentali.

In Italia, questo scenario ha reso evidente l'urgenza di superare un modello assistenziale storicamente "ospedalocentrico" – focalizzato sulla gestione dell'acuzie – per orientarsi con decisione verso un potenziamento della rete territoriale e delle cure di prossimità. (Ministero della Salute, 2020)

In questo mutato paradigma, le "cure intermedie" si collocano come un anello di congiunzione insostituibile, finalizzato a garantire la continuità assistenziale nel delicato momento del passaggio tra il ricovero ospedaliero e il rientro al domicilio del paziente.

Non sempre, infatti, è possibile un immediato ritorno alla vita quotidiana, in alcuni casi è necessario una sorta di "ponte protetto", pensato per tutti quei pazienti che sono guariti dalla fase acuta di una malattia (e quindi non hanno più bisogno dei

macchinari o dei medici di un reparto ospedaliero), ma che non sono ancora abbastanza stabili, autonomi o sicuri per poter tornare a casa propria.

In questa rete di servizi territoriali, l'Ospedale di Comunità (OsCo) assume il ruolo di struttura cardine. Concepito come presidio sanitario a degenza breve e a gestione prevalentemente infermieristica, l'OsCo accoglie pazienti che non necessitano di un elevato impegno tecnologico e specialistico ospedaliero, ma le cui condizioni non consentono una gestione sicura direttamente a casa, favorendo così percorsi di deospedalizzazione protetta ed evitando al contempo ricoveri impropri o re-ricoveri in tempi brevi. (Regione Emilia Romagna, 2026)

La rilevanza strategica e l'assetto organizzativo di questo presidio hanno tuttavia subito una profonda metamorfosi a causa della recente emergenza pandemica da COVID-19. La crisi sanitaria ha drammaticamente evidenziato le fragilità intrinseche di un sistema fortemente incentrato sulle strutture ospedaliere per acuti che, sottoposte a una significativa pressione organizzativa e assistenziale, non hanno potuto garantire un filtro efficace per la tutela della popolazione fragile sul territorio in quel particolare momento storico. La pandemia ha così dimostrato che, la sicurezza del sistema sanitario non si misura unicamente sull'efficienza dei reparti di terapia intensiva, ma sulla solidità della rete territoriale intermedia. (Centre for Research on Health and Social Care Management, 2021) Ciò è stato un potentissimo acceleratore storico e politico per la nascita del Decreto Ministeriale

n. 77 del 23 maggio 2022. (Gazzetta Ufficiale, 2022) Il D.M. 77/2022, agganciato alla Missione 6 del PNRR.

Con lo scopo di potenziare proprio questa rete intermedia, il decreto ha uniformato il modello su tutto il territorio nazionale, fissando, ad esempio, lo standard di un OsCo da 20 posti letto ogni 100.000 abitanti e valorizzando la responsabilità organizzativa e assistenziale in capo alla figura infermieristica, supportata da strumenti di innovazione digitale come la telemedicina.

Da questa consapevolezza è nata l'esigenza di ridefinire l'OsCo, trasformandolo da progetto assistenziale complementare o sperimentale a standard strutturale obbligatorio, flessibile e capace di garantire l'isolamento infettivo e la continuità delle cure anche in contesti di emergenza epidemiologica.

Se la cornice nazionale descrive un assetto di recente implementazione, la Regione Emilia-Romagna si inserisce in questo quadro forte di una radicata tradizione e di un modello pionieristico, avviato già con la DGR n. 291 del 2010 e consolidato attraverso strumenti come il flusso informativo SIRCO (Sistema Informativo Regionale Cure Intermedie), istituito dalla Circolare Regionale n. 26 del 2014. La circolare ha definito le linee guida operative e i tracciati record per l'invio obbligatorio dei dati da parte delle strutture autorizzate e accreditate sanitarie per l'erogazione di prestazioni di cure intermedie sul territorio regionale. L'introduzione del flusso SIRCO ha segnato il passaggio da una gestione

frammentata delle cure post-acute a un sistema standardizzato e digitalizzato. Consente alla Regione di avere una "fotografia" in tempo reale di quanti pazienti fragili occupano i posti letto territoriali, quanto dura mediamente la loro degenza e quali sono gli esiti clinici del percorso di cura intermedie. (Regione Emilia Romagna, s.d.)

Il perfetto connubio tra la storica programmazione regionale e i nuovi standard nazionali post-pandemici è stato sancito con l'approvazione della DGR n. 2221 del 21 dicembre 2022, per il definitivo potenziamento degli OsCo e delle Case della Comunità.

A livello locale, l'Azienda USL di Modena ha recepito le sfide del D.M. 77/2022 e della DGR 2221/2022 strutturando una rete di cure intermedie che, al 31 dicembre 2023, vedeva attivi i presidi di Fanano (15 PL), Novi/Carpi (15 PL) e, appunto, l'Ospedale di Comunità di Castelfranco Emilia con il suo modulo standardizzato da 20 posti letto.

Collocato al secondo piano del corpo centrale della Casa della Comunità "Regina Margherita" (ex Ospedale civile), l'OsCo di Castelfranco si configura come un *setting* aperto e integrato con la medicina generale – grazie al gruppo di 4 Medici di Medicina Generale costituitosi nel 2013 e attivo nella struttura – e fortemente connesso con la Centrale Operativa Territoriale (COT) tramite la figura strategica del Case Manager.

L'attività del presidio risponde a rigorosi criteri di eleggibilità clinica: gestione di pazienti multi-cronici fragili, scompensi cardiaci labili, monitoraggi terapeutici o educazione del *caregiver*) ed esclude tassativamente le acuzie o le problematiche puramente sociali.

Il monitoraggio dell'efficacia assistenziale è affidato al sistema informativo aziendale, *Tabula*, che alimenta il flusso SIRCO regionale attraverso indicatori stringenti quali:

- la degenza media (che per norma varia dai 20 ai 30 giorni),
- i tassi di ricovero in acuto durante la degenza,
- i tassi di re-ricovero in Pronto Soccorso entro 72 ore o a 30 giorni.

1.2 Il modello organizzativo degli OsCo in Ausl Modena in recepimento del DM 77/2022 e DGR 221/2022 e l'impatto sulla Medicina Territoriale

Nel gennaio 2020 è stata sancita l'Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni sull'Ospedale di Comunità (OsCo) che ha definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli OsCo pubblici o privati, in coerenza con il Patto per la salute 2014-2016 e a quanto previsto dal D.M. 2 aprile 2015.

Viene pertanto definito che l'Ospedale di Comunità è un Presidio sanitario di cure intermedie con tempi di degenza brevi, per pazienti che necessitano di un periodo

di stabilizzazione clinica, monitoraggio e rimodulazione della terapia dopo la dimissione da reparti per acuti, e per quelli provenienti dal domicilio, che presentano una riacutizzazione di una patologia cronica e/o la necessità di un percorso clinico-diagnostico e terapeutico non gestibile in regime ambulatoriale o in assistenza domiciliare al fine di prevenire un ricovero ospedaliero inappropriato. (Conoscere il rischio clinico, 2021)

L'OsCo garantisce un setting clinico-assistenziale adeguato a favorire la stabilità clinica e recupero delle funzionalità residue.

Nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), DM 77/2022 e Metaprogetto AGENAS 2022, è indicato l'obiettivo del potenziamento dell'offerta dell'assistenza territoriale attraverso lo sviluppo degli Ospedali di Comunità o Struttura per le Cure Intermedie. Viene ribadito che tale struttura fa parte della rete territoriale ed è destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata

Viene altresì previsto che l'Ospedale di Comunità possa facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

Al 31 dicembre 2023, nel territorio modenese, sono attivi:

- Fanano con 15 posti letto;

- Castelfranco Emilia con 20 posti letto
- Novi/Carpi con 15 posti letto.

A regime ogni singolo Distretto avrà un Ospedale di Comunità di riferimento.

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria atta a garantire le cure intermedie, cioè le cure necessarie per quei pazienti che non richiedono assistenza ospedaliera in reparti per acuti, ma necessitano di prestazioni clinico-assistenziali, non trattabili in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico, per un periodo di norma non superiore ai 20 giorni (DM 70/2015), in casi eccezionali non oltre i 30 giorni (DM 77/2022).

Le finalità del ricovero in OsCo sono:

- garantire un appropriato percorso di cura del paziente in fase post acuta o cronica riacutizzata, con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica;
- prevenire ospedalizzazioni inappropriate ed istituzionalizzazioni precoci al fine della razionalizzazione delle risorse;
- organizzare e favorire il rientro a domicilio con i presidi necessari al fine di facilitare l'assistenza ed attivazione della dimissione protetta;
- garantire continuità assistenziale.

La principale finalità dell'OsCo è, nella maggioranza dei casi, il reintegro a domicilio dei pazienti, anche pianificando adeguatamente una dimissione ed una

domiciliarità protetta, con l'erogazione di servizi sociali e sanitari sulla base dei bisogni della persona e della sua famiglia/caregiver. (Delibera AUSL Modena, 2026)

Le categorie principali di pazienti eleggibili:

1. pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
2. pazienti, prevalentemente con multi-morbosità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
3. pazienti che necessitano di assistenza infermieristica H 24 nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di monitoraggio e sorveglianza infermieristica continua, di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
4. pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in:
 - valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue;

- counselling e educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale;
- interventi fisioterapici nell'ambito di percorsi già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

Criteri di esclusione, invece, per l'accesso in OsCo sono: (Regolamento Ausl Modena, 2025)

- programma terapeutico non delineato;
- paziente minorenni;
- paziente con demenza associata a disturbi comportamentali non controllati dalla terapia;
- paziente con esclusive problematiche di tipo "sociale", risolvibili presso altro setting disponibile;
- pazienti in cure palliative o eleggibile alla rete delle cure palliative.

L'Ospedale di Comunità (OsCo) di Castelfranco Emilia rappresenta un esempio concreto di applicazione dei modelli di cure intermedie territoriali descritti nella cornice del D.M. 77/2022 e della pianificazione regionale. La struttura si inserisce all'interno di un più ampio polo assistenziale, configurandosi secondo precise caratteristiche cliniche e logistiche.

L'OsCo non nasce come struttura isolata, ma è situato all'interno della Casa della Comunità "Regina Margherita" ex Casa Della Salute "Regina Margherita", edificio

storico che ospitava l'ex Ospedale Civile di Castelfranco Emilia. Questa co-localizzazione permette una forte sinergia con i servizi del distretto, i poliambulatori e la medicina generale.

La struttura dispone di un modulo standardizzato da 20 posti letto. Questa dotazione risponde esattamente ai parametri d'efficienza numerica previsti dalla programmazione nazionale per singolo modulo, ottimizzando il personale infermieristico e assistenziale dedicato.

È un presidio a breve degenza che accoglie prevalentemente pazienti fragili o affetti da patologie croniche riacutizzate che non presentano stadi di acuzie tali da richiedere l'alta tecnologia del reparto ospedaliero, ma che al contempo presentano bisogni clinico-assistenziali complessi, non gestibili in sicurezza al proprio domicilio. Vi si accede per percorsi di deospedalizzazione protetta o su segnalazione del Medico di Medicina Generale.

In linea con la normativa vigente, la responsabilità organizzativa e assistenziale della struttura è prevalentemente in capo al Coordinatore Infermieristico coadiuvato dall'Infermiere Case Manager, dal personale infermieristico, dagli OSS e dai fisioterapisti, mentre la gestione clinica e medica è garantita da alcuni Medici di Medicina Generale che nel 2013 hanno costituito un gruppo e sono presenti all'interno della struttura.

L'OsCo costituisce un setting ideale per promuovere una maggiore integrazione con i Servizi Sociali ed una maggiore partecipazione della Comunità Locale (associazioni di volontariato, associazioni di pazienti, ecc.), a garanzia di una risposta ad un ampio insieme di bisogni e di una tempestiva programmazione delle dimissioni. Inoltre, la collaborazione con le associazioni di volontariato potrà offrire un utile contributo anche nella rilevazione della qualità percepita dei pazienti e dei familiari/caregiver.

L'OsCo si caratterizza come setting aperto dove i caregiver possono accedere con facilità, ed essere sostenuti in un processo di empowerment, informazione e addestramento, insieme al paziente, alla migliore gestione possibile delle condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

Per i Pazienti ricoverati, il Case Manager mantiene i contatti con la COT di riferimento del paziente per la progettazione del percorso di dimissione dall' OsCo ed al fine di migliorare il percorso di continuità assistenziale ed effettua la "telefonata del giorno dopo", concordata con la famiglia/ caregiver, per verificare il percorso educativo avviato in OsCo (somministrazione della terapia, accompagnamento del paziente, ecc.).

Esempi di pazienti che è possibile trovare in OsCo sono: (Conoscere il rischio clinico, 2021)

- Paziente fragile a rischio di disidratazione e/o con necessità di apporto calorico controllato;
- Paziente multi-cronico fragile che deve completare l'iter di cura con setting di dimissione appropriato già definito;
- Paziente diabetico per monitoraggio terapeutico e addestramento;
- Paziente con compenso cardiaco labile che necessita di monitoraggio del bilancio idro-elettrolitico;
- Paziente con Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) in fase di riacutizzazione che necessita di addestramento ed empowerment;
- Paziente che necessita di monitoraggio della terapia complessa;
- Paziente cardiopatico in classe C che necessita di revisione terapeutica e monitoraggio;
- Paziente che necessita di medicazioni complesse non gestibili al domicilio.

Esempi di situazioni riabilitative idonee al ricovero in OsCo:

- trattamenti riabilitativi in pazienti affetti da esiti d'intervento per artroprotesi d'anca e ginocchio, frattura di femore trattate chirurgicamente a carico concesso;

- malattie neurologiche degenerative: M. di Parkinson e Sclerosi Multipla passibili di riabilitazione ai fini del recupero di una condizione di autonomia funzionale;
- valutazione per prescrizione ausili nell'ambito del progetto riabilitativo-rieducativo e addestramento all'utilizzo;

Il valore scientifico della transizione normativa necessaria trova, quindi, una spinta fondamentale nel parallelismo con modelli internazionali di prossimità e nella maturazione sul campo delle competenze professionali. A questo proposito, nel 2019, nell'ambito delle attività dell'Ospedale di Comunità di Castelfranco Emilia, il personale infermieristico ha preso parte al progetto di Cooperazione internazionale della Regione Emilia-Romagna denominato "RERSUS" (Reti di Sanità Rurale e Urbana Sostenibili). (UNIBO, s.d.) Tale progetto ha previsto una missione a Niterói, municipalità nello Stato di Rio de Janeiro in Brasile, finalizzata allo studio dei modelli locali di assistenza primaria all'interno delle *favelas*. Nonostante le evidenti carenze strutturali ed economiche di quel contesto, emergeva già con forza una straordinaria visione multidisciplinare e proattiva di sanità pubblica: gli operatori della salute locali attuavano una vera e propria medicina d'iniziativa, intercettando situazioni di estrema vulnerabilità clinica e sociale non registrate all'anagrafe, segnalandole alle locali *Casas da Comunidade* per l'immediata presa in carico. (Regione Emilia Romagna, 2026)

Questo soggiorno di studio a Niterói ha permesso di declinare in ambito manageriale il concetto fondamentale di "contaminazione": un processo di osmosi in cui, si trasmettono e si integrano le competenze tra professionisti diversi, abbattendo le barriere dei singoli silos organizzativi per rafforzare l'approccio multidisciplinare. (D'amour, 2005) (WHO, Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Geneva: World Health Organization, 2010) Questo paradigma di proattività ed integrazione ha successivamente guidato l'evoluzione dei modelli di coordinamento all'interno dell'Azienda USL di Modena, orientando lo sviluppo dei ruoli dal Case Manager alla funzione di Coordinamento dell'OsCo di Castelfranco Emilia, fino alla strutturazione della governance della Casa della Comunità HUB "Regina Margherita" di Castelfranco Emilia. Da questa prospettiva gestionale, l'impegno organizzativo si focalizza quotidianamente sulla traduzione dei principi teorici della prossimità in prassi assistenziali concrete, affinando l'interconnessione tra l'OsCo e l'intera gamma di servizi territoriali.

2. Obiettivo della tesi

Muovendo da tali premesse, il presente lavoro di tesi si propone di analizzare il modello organizzativo dell'Ospedale di Comunità dell'AUSL di Modena, con un focus specifico sulla realtà della Casa della Comunità HUB di Castelfranco Emilia e di effettuare un confronto con l'OsCo di Fanano.

Il confronto tra i due OsCo (CFE vs Fanano) ha mirato a verificare appropriatezza, efficacia, efficienza e qualità percepita durante l'assistenza

Attraverso l'analisi dei dati di attività, dei criteri di appropriatezza dei ricoveri derivanti dal flusso SIRCO e delle strategie di *empowerment* della comunità locale (come l'introduzione sperimentale della "telefonata del giorno dopo" per la continuità assistenziale domiciliare e la valutazione dell'esperienza di pazienti e familiari tramite il questionario PREM), l'elaborato intende dimostrare come l'integrazione multidisciplinare, la contaminazione delle competenze e la centralità della governance infermieristica rappresentino la chiave di volta per realizzare una sanità territoriale che sia, al contempo, scientificamente rigorosa e umanamente vicina ai bisogni del cittadino. Lo scopo è anche quello di indagare come l'Ospedale di Comunità risponda concretamente alle sfide della sostenibilità e della personalizzazione delle cure, rappresentando un modello virtuoso di integrazione tra professioni sanitarie e prossimità territoriale ed altresì di evidenziare eventuali

differenze su case di comunità con lo stesso modello aziendale ma inserite in contesti ambientali diversi.

In ultima analisi, il presente studio si propone di individuare eventuali criticità o carenze formative del personale sanitario, al fine di orientare interventi di formazione mirati all'ottimizzazione delle performance cliniche. In secondo luogo, il lavoro si prefigge di analizzare criticamente l'idoneità dei protocolli e dei criteri operativi vigenti, verificandone la rispondenza alle esigenze di corretta presa in carico e gestione del paziente all'interno di setting assistenziali ad alta complessità ma a bassa intensità di cura.

3. Chiave di lettura

Per analizzare l'esperienza organizzativa dell'Ospedale di Comunità dell'AUSL di Modena e comprenderne le implicazioni manageriali alla luce del D.M. 77/2022 e del PNRR, il presente lavoro adotta una lente concettuale orientata alla **Valutazione Multidimensionale delle Performance nelle Cure Intermedie (VPM)**.

Tale approccio metodologico definisce la valutazione multidimensionale come un modello analitico integrato, capace di superare i tradizionali indicatori puramente economico-finanziari come avanzo e disavanzo di esercizio o di volume clinico come Case Mix o Peso medio del DRG. Nello specifico, essa misura l'efficacia globale e la sostenibilità del servizio, attraverso la convergenza di diverse dimensioni d'analisi (OECD, 2024):

- la dimensione clinico-assistenziale (esiti di salute, continuità delle cure e recupero funzionale del paziente),
- la dimensione organizzativo-processuale (appropriatezza dei ricoveri, tempi di attesa, gestione dei percorsi e integrazione multiprofessionale),
- la dimensione economico-gestionale (efficienza nell'uso delle risorse e riduzione dei costi derivanti da re-ricoveri inappropriati) e la dimensione percepita (soddisfazione dell'utente e dei caregiver).

Applicare questo framework al contesto dell'Ospedale di Comunità consente, dunque, di intercettare la natura "ibrida" e di raccordo delle cure intermedie,

offrendo una visione d'insieme indispensabile per guidare i processi decisionali e strategici della governance sanitaria.

L' OsCo, infatti, non opera come una struttura isolata, ma come uno snodo strategico di raccordo. In questa prospettiva, la VPM fornisce evidenze empiriche e dati prestazionali utili a guidare le decisioni strategiche, riallocare le risorse in modo flessibile e validare l'efficacia dei nuovi assetti organizzativi territoriali, promossi dalla programmazione nazionale e regionale. L'OsCo si colloca esattamente nel punto di contatto tra la logica prestazionale dell'ospedale e la logica di presa in carico del territorio: valutarlo con parametri unicamente ospedalieri (es. solo volumi d'attività) o unicamente territoriali come numero di accessi o prese in carico, ne oscurerebbe la funzione specifica e comporterebbe un bias analitico, incapace di restituire la complessità dei processi organizzativi messi in atto.

Il D.M. 77/2022 e il PNRR (Missione 6) non richiedono semplicemente di "costruire edifici", ma di realizzare una vera e propria integrazione sociosanitaria e di processo. Un approccio multidimensionale permette di verificare, se l'OsCo stia realmente attuando i principi del Decreto (es. la leadership infermieristica, l'integrazione con la COT e l'Infermiere di Comunità) o se rischia di rimanere un semplice "reparto di lungodegenza ri-etichettato".

I pazienti dell'OsCo sono prevalentemente anziani, cronici, spesso soli o con caregiver affaticati; per questa tipologia di utenza, la "guarigione" clinica in senso

stretto non è un indicatore sufficiente. Scegliere questo approccio consente di valorizzare indicatori fondamentali ma spesso trascurati, come il recupero dell'autonomia funzionale (Barthel), la sicurezza del setting e l'impatto sullo stress familiare (Caregiver Strain).

Utilizzare una sola dimensione (ad esempio solo quella economico-finanziaria) rischia di portare a decisioni manageriali distorte: un OsCo con costi bassissimi e saturazione al 100% potrebbe sembrare "efficiente", ma se presenta un alto tasso di ri ospedalizzazioni a 30 giorni, o una scarsa soddisfazione dei pazienti, il sistema sta in realtà fallendo.

Sul piano pratico e manageriale, questo approccio si dimostra perfettamente coerente con gli indirizzi del D.M. 77/2022 e del PNRR, i quali richiedono una pianificazione sanitaria orientata al valore (Value-Based Healthcare) e all'integrazione dei percorsi. Analizzare l'esperienza di Modena attraverso questo framework consente dunque di verificare non soltanto l'efficienza della struttura, nel rispetto dei vincoli di budget e di degenza, ma anche la sua reale capacità di generare salute, garantire continuità assistenziale, decongestionare gli ospedali per acuti e sostenere il nucleo familiare nella gestione della cronicità e della fragilità.

La VMP supera la logica della “*consulenza specialistica isolata*” (dove il medico valuta, l'infermiere esegue, il fisioterapista tratta a parte) in quanto le diverse discipline condividono lo stesso spazio concettuale per costruire una comprensione olistica della fragilità del paziente. Nelle Cure Intermedie, i confini tra i ruoli

tradizionali diventano permeabili. L'infermiere, il medico (MMG o dipendente), il fisioterapista, l'assistente sociale e l'operatore sociosanitario (OSS) non lavorano per "compartimenti stagni", ma intersecano le proprie competenze per evitare frammentazioni assistenziali.

La VMP concretizza la leadership assistenziale infermieristica, integrando nello stesso piano decisionale le valutazioni funzionali (Fisioterapista) e sociali (Assistente Sociale).

3.1. Misurare la performance dell'OsCo: quadro teorico e metodo

3.1.i Perché misurare la performance dell'OsCo

Misurare la performance di un'organizzazione sanitaria pubblica non significa soltanto quantificare il volume delle prestazioni erogate. Significa verificare se le risorse impiegate, le attività realizzate e gli esiti prodotti siano coerenti con la missione istituzionale e con i bisogni della popolazione assistita. In questa prospettiva, la misurazione costituisce uno strumento di governo, apprendimento e responsabilità pubblica, non un fine autonomo. (Behn, 2003)

La letteratura sul performance management mostra che le misure possono svolgere funzioni diverse: rendicontare i risultati, controllare i processi, sostenere l'allocazione delle risorse, motivare i professionisti, individuare criticità, apprendere dagli scostamenti e orientare il miglioramento organizzativo (Behn, 2003). La scelta di un indicatore deve quindi essere collegata allo scopo per il quale viene utilizzato. Un indicatore utile per il monitoraggio interno può non essere

sufficiente per una valutazione pubblica, così come un dato adatto a descrivere i volumi può non rappresentare la qualità dell'assistenza. (Focarile, 1998)

Questa distinzione è particolarmente importante per l'Ospedale di Comunità. L'OsCo non è un reparto per acuti e non è neppure una struttura residenziale o un servizio domiciliare. È un setting di cure intermedie collocato tra ospedale, domicilio, Medicina Generale, Casa della Comunità, Centrale Operativa Territoriale e Servizi Sociali. La sua funzione consiste nel sostenere la stabilizzazione clinica, il recupero o il mantenimento dell'autonomia, la preparazione della dimissione e la continuità del percorso assistenziale. La performance dell'OsCo, pertanto, non può essere rappresentata adeguatamente da un unico indicatore, come il numero di ricoveri, il tasso di occupazione dei posti letto o la durata media della degenza.

Per l'OsCo misurare la performance serve almeno a quattro finalità tra loro connesse. La prima è verificare **l'appropriatezza**, cioè se il presidio accoglie persone coerenti con la propria funzione e con i criteri di eleggibilità. La seconda è valutare **l'efficacia**, osservando se il percorso contribuisce alla stabilizzazione clinica, al recupero funzionale e a una dimissione sicura. La terza è monitorare **l'efficienza organizzativa**, intesa come capacità di utilizzare in modo appropriato e tempestivo le risorse disponibili per garantire il percorso assistenziale, limitando ritardi, interruzioni e duplicazioni. Essa comprende la durata della degenza, l'utilizzo dei posti letto, la tempestività della presa in carico, il coordinamento tra

professionisti, la pianificazione della dimissione e la continuità dello scambio informativo con i servizi della rete. I ricoveri o i rientri ospedalieri non sono considerati automaticamente indicatori di inefficienza, ma eventi da interpretare in relazione alla complessità della casistica, alle condizioni cliniche e alla disponibilità dei servizi territoriali. La quarta è comprendere **l'esperienza della persona assistita e del caregiver**: dal punto di vista della persona, essa comprende la chiarezza delle informazioni, il coinvolgimento nelle decisioni, il rispetto, la fiducia nei professionisti e la comprensione del piano di cura. Dal punto di vista del caregiver, riguarda soprattutto la partecipazione alla preparazione della dimissione, la conoscenza delle attività da svolgere a domicilio, la comprensione della terapia e la possibilità di ricevere supporto in caso di difficoltà.

La misurazione ha quindi valore solo se inserita in un ciclo di gestione. Il ciclo può essere sintetizzato nel seguente modo: definizione degli obiettivi, selezione delle misure, raccolta dei dati, interpretazione degli scostamenti, discussione multiprofessionale e individuazione di azioni di miglioramento. Il dato non produce automaticamente una decisione; diventa utile quando è discusso alla luce della funzione del servizio, della casistica assistita e delle condizioni della rete.

3.1.ii. Dalla misurazione unidimensionale alla valutazione multidimensionale

I sistemi di controllo delle organizzazioni sanitarie hanno tradizionalmente privilegiato dimensioni facilmente quantificabili, quali il numero di ricoveri, la

durata della degenza, il tasso di occupazione, la spesa e la produttività. (Hurst, Hurst) Queste misure sono importanti, ma descrivono soltanto una parte della performance. Un'organizzazione può aumentare i volumi senza migliorare gli esiti, ridurre la durata della degenza trasferendo il carico assistenziale ad altri servizi oppure raggiungere un'elevata saturazione dei posti letto accogliendo una casistica non coerente con la propria missione. (Donabedian, 1988)

Il passaggio da una logica unidimensionale, focalizzata esclusivamente sugli indicatori economico-finanziari, a una prospettiva multidimensionale, che integra anche indicatori di produttività, clinici, organizzativi e relazionali, nasce dalla consapevolezza che la qualità di un servizio sanitario è un costrutto complesso. Essa comprende, tra gli altri aspetti, l'appropriatezza, la sicurezza, l'efficacia clinica, la continuità assistenziale, l'accessibilità, l'equità, l'efficienza, l'esperienza della persona assistita e la capacità dell'organizzazione di apprendere e migliorare.

La valutazione multidimensionale non consiste nel sommare meccanicamente molti indicatori. Consiste nel collegare misure diverse mediante una logica esplicita. (Osservatorio sulla funzionalità delle aziende sanitarie italiane, 2010) Ogni dimensione deve rispondere a una domanda: che cosa si vuole conoscere, per quale decisione e con quali limiti informativi? Un sistema troppo povero può nascondere criticità; un sistema sovraccarico può rendere impossibile distinguere le informazioni rilevanti da quelle accessorie.

Nel caso delle cure intermedie, la prospettiva multidimensionale è necessaria anche perché gli esiti sono prodotti da una rete. La destinazione dopo la dimissione, il rischio di rientro in ospedale e il recupero dell'autonomia dipendono non soltanto dalle attività svolte durante la degenza, ma anche dalla disponibilità di caregiver, dalla tempestività dei servizi domiciliari, dall'accessibilità dei presidi per acuti, dai percorsi della medicina generale e dalla qualità dello scambio informativo. Per questo motivo l'OsCo deve essere osservato come nodo di un percorso e non come unità isolata.

3.1.iii. Performance, valore pubblico e responsabilità di rendicontazione

Nel settore sanitario pubblico la performance assume un significato diverso da quello di redditività tipico delle imprese orientate al profitto. L'economicità rimane una condizione necessaria, perché le risorse sono limitate e devono essere utilizzate in modo responsabile, ma non esaurisce il significato del risultato. La performance comprende la capacità di trasformare risorse professionali, organizzative e finanziarie in benefici di salute, sicurezza, autonomia, equità e continuità assistenziale. (Moore, 1995)

Questa impostazione è riconducibile al concetto di **valore pubblico**, inteso come produzione di risultati socialmente rilevanti attraverso l'uso responsabile di risorse collettive. Nel caso dell'OsCo, il valore pubblico non coincide con il semplice rientro a domicilio. Una dimissione domiciliare è un esito favorevole quando è

compatibile con la stabilità clinica, con il livello di autonomia raggiunto, con la presenza o attivabilità di un caregiver e con la continuità dei servizi necessari. In altri casi, una dimissione verso una struttura residenziale o un altro setting può essere più appropriata e più sicura.

La prospettiva del valore in sanità è stata formulata da Porter (Porter, 2010) come rapporto tra esiti rilevanti per la persona e risorse impiegate per ottenerli. Nel presente studio questa prospettiva viene utilizzata in modo prudente. I dati disponibili consentono di osservare alcuni esiti funzionali, destinazioni alla dimissione, rientri e aspetti dell'esperienza, ma non permettono di calcolare un rapporto completo tra outcome e costi, né di attribuire causalmente tutti i cambiamenti all'azione dell'OsCo. (von, 2007) La prospettiva del valore orienta quindi la selezione e l'interpretazione delle misure, senza trasformarsi in una stima economica non supportata dai dati.

La responsabilità di rendicontazione riguarda più interlocutori. La direzione aziendale ha bisogno di informazioni per governare risorse e processi; i professionisti necessitano di dati per discutere la qualità dell'assistenza; i decisori pubblici devono verificare la coerenza tra programmazione e risultati; le persone assistite e la comunità hanno diritto a una rappresentazione trasparente dei benefici e dei limiti del servizio. Una rendicontazione corretta deve esplicitare anche ciò che i dati non consentono di concludere. (Bovens, 2007)

3.2 La Balanced Scorecard: contributo teorico e limiti applicativi

La Balanced Scorecard (BSC), proposta da Kaplan e Norton (Kaplan, 1992), ha contribuito a superare una concezione del controllo centrata esclusivamente sui risultati economico-finanziari. Il modello originario organizza la strategia attraverso quattro prospettive: risultati finanziari, clienti, processi interni, apprendimento e crescita. La logica della BSC consiste nel collegare risultati e determinanti della performance, rendendo visibile la relazione tra obiettivi strategici, processi, competenze e indicatori. (Kaplan, 1992)

Nel settore sanitario pubblico le prospettive originarie devono essere adattate. La dimensione finanziaria può essere tradotta in economicità e sostenibilità nell'uso delle risorse. La prospettiva del cliente deve comprendere la persona assistita, il caregiver, la comunità e gli altri portatori di interesse. I processi interni comprendono appropriatezza clinica, sicurezza, continuità, integrazione multiprofessionale e coordinamento tra setting. La prospettiva dell'apprendimento riguarda la capacità di utilizzare i dati, sviluppare competenze, discutere gli scostamenti e trasformare l'esperienza in cambiamento organizzativo. (Betto, 2022)

La BSC è utile per questa tesi perché chiarisce che la performance non può essere ridotta a un singolo risultato e che gli indicatori devono essere collegati a una logica strategica. Tuttavia, non viene utilizzata come strumento di misurazione quantitativa diretto per cui sia possibile costruire un punteggio complessivo, non vengono assegnati pesi alle quattro prospettive e non viene calcolato un indice sintetico di performance. La BSC svolge quindi una funzione di **cornice**

concettuale, mentre l'analisi empirica è costruita su un sistema di indicatori coerente con il modello di Donabedian e con le fonti informative disponibili. (Kaplan, 1996)

Questa precisazione è metodologicamente necessaria. Applicare formalmente una BSC richiederebbe la definizione preventiva di obiettivi strategici, target, responsabilità, frequenza di rilevazione, pesi o regole di aggregazione e modalità di reporting. Tali condizioni non sono integralmente disponibili nel materiale analizzato. Presentare la BSC come sistema effettivamente applicato produrrebbe quindi una sovrapposizione non dimostrata tra teoria e metodo.^{nota}

3.3 Il modello adottato: Donabedian integrato con valore, transizione e contesto

Il modello principale adottato per l'analisi è il modello di Donabedian (Donabedian, 1988), che distingue tre componenti della qualità: **struttura**, **processo** ed **esito**:

- La struttura comprende risorse, dotazioni, competenze e condizioni organizzative che rendono possibile l'assistenza.
- Il processo comprende ciò che viene concretamente realizzato durante la presa in carico.
- L'esito riguarda i cambiamenti osservabili nello stato clinico, nell'autonomia, nella sicurezza e nell'esperienza della persona.

Nel presente studio il modello viene integrato da tre elementi.

- Il primo è la prospettiva del valore per la persona, che porta a includere autonomia funzionale, destinazione appropriata, continuità ed esperienza riferita.
- Il secondo è la prospettiva della transitional care, che considera il passaggio tra ospedale, OsCo, domicilio e altri servizi come un processo assistenziale da governare e non come un semplice trasferimento amministrativo (Coleman, 2008) (Naylor, 2011).
- Il terzo è la lettura contestuale, che richiede di interpretare gli indicatori considerando case-mix, skill-mix, caratteristiche territoriali e disponibilità della rete. (Pianori, 2021).

Nel contesto dell'OsCo, la **struttura** comprende il numero e l'organizzazione dei posti letto, la presenza dell'équipe multiprofessionale, l'integrazione con Casa della Comunità e COT, la disponibilità di strumenti per la valutazione funzionale e la presenza di procedure informative. Il **processo** comprende la provenienza e l'appropriatezza degli accessi, la valutazione iniziale, la redazione del Piano di Assistenza Individuale, il monitoraggio clinico, l'educazione della persona e del caregiver, la pianificazione della dimissione e il raccordo con i servizi esterni. Gli **esiti** comprendono mortalità, ricovero in acuto, rientro al pronto soccorso, riammissione entro trenta giorni, variazione del Barthel Index, destinazione alla dimissione e qualità percepita. (Donabedian, 1988)

L'analisi empirica si concentra soprattutto su processo ed esito. La dimensione strutturale viene descritta come condizione organizzativa e normativa, ma non viene sottoposta a un confronto quantitativo completo, poiché i dati disponibili non consentono una misurazione omogenea di costi, dotazioni professionali e intensità assistenziale. Il modello di Donabedian viene pertanto usato come schema di ordinamento e interpretazione, non come prova di relazioni causali deterministiche.

3.4 Il sistema di misurazione utilizzato nella tesi

Il sistema adottato è un **cruscotto multidimensionale descrittivo per l'audit clinico-organizzativo**, costruito integrando dati SIRCO, informazioni contenute nel PAI, Barthel Index, scala NEWS, IDA score, scheda PREM e materiale esplorativo della telefonata post-dimissione.

La scelta dipende da tre ragioni.

- La prima è la coerenza con la funzione dell'OsCo. Gli indicatori selezionati osservano appropriatezza, sicurezza della transizione, recupero funzionale, destinazione e continuità, invece di limitarsi ai volumi.
- La seconda è la disponibilità e la tracciabilità delle fonti. Il flusso SIRCO consente di utilizzare definizioni e informazioni già inserite nel sistema regionale; il PAI documenta valutazioni iniziali e finali; gli strumenti locali aggiungono la prospettiva funzionale e quella dell'esperienza.
- La terza è la compatibilità con il disegno dello studio, che è osservazionale e descrittivo. Il cruscotto consente di confrontare Castelfranco Emilia e

Fanano nel periodo disponibile e di descrivere l'evoluzione di Castelfranco tra il 2018 e il 2025, senza trasformare il confronto in una graduatoria o in un'inferenza causale.

Il confronto tra i due presidi e il confronto temporale deve essere interpretato come confronti descrittivi: in particolare, come spiegato meglio successivamente, il 2018 e il 2025 non sono perfettamente sovrapponibili per periodo, livello di dettaglio, composizione della casistica e disponibilità delle variabili. Il confronto serve quindi a formulare ipotesi e priorità di miglioramento, non a dimostrare che il D.M. 77/2022, il PNRR o la pandemia abbiano causato gli esiti osservati.

3.5 Case-mix, contesto e limiti dell'interpretazione

Il case-mix indica la composizione della casistica assistita, cioè l'insieme delle caratteristiche cliniche, funzionali, demografiche e sociali delle persone prese in carico. Esso non è, in sé, un indicatore di performance. È una variabile di contesto indispensabile per interpretare correttamente gli indicatori. Un valore medio di Barthel, una durata di degenza o un tasso di rientro possono assumere significati diversi in presenza di livelli differenti di fragilità, comorbidità, dipendenza, supporto familiare e accessibilità dei servizi.

La letteratura sugli Ospedali di Comunità dell'Emilia-Romagna mostra che gli esiti dipendono dall'interazione tra case-mix, skill-mix e processi di cura (Pianori, 2021). Anche il confronto tra Castelfranco Emilia e Fanano deve quindi tenere conto del diverso contesto geografico, della distanza dai presidi per acuti, della

composizione della domanda e della funzione concretamente svolta dai due OsCo.

La standardizzazione nazionale degli OsCo non implica che ogni presidio abbia identici percorsi, casistiche o risultati attesi.

Per questa ragione, la tesi non costruisce classifiche di qualità basate su un indicatore isolato. Un aumento delle riammissioni non dimostra automaticamente un fallimento dell'OsCo così come una percentuale elevata di dimissioni a domicilio non dimostra automaticamente un esito positivo. Un miglioramento medio del Barthel Index, inoltre, non dimostra da solo un effetto causale del ricovero. Gli indicatori acquistano significato, quindi, quando vengono letti congiuntamente, in rapporto alla casistica, ai processi e alla rete territoriale.

3.6 Sintesi della chiave di lettura

La tesi adotta dunque una prospettiva di performance management multidimensionale, ma non utilizza un indice sintetico di performance. La BSC fornisce la motivazione teorica per superare una visione esclusivamente economica e per collegare risultati, processi e apprendimento. Il modello di Donabedian costituisce invece la struttura analitica principale. La prospettiva del valore per la persona e della continuità delle cure orienta la scelta degli outcome; il case-mix e il contesto territoriale impongono una lettura prudente dei confronti.

Il sistema empirico può essere, quindi, rappresentato come segue:

Fonti informative → SIRCO, PAI, Barthel, NEWS, IDA, PREM, telefonata post-dimissione → dimensioni di analisi → struttura, processo, esito → audit

clinico-organizzativo → interpretazione contestuale e proposte di miglioramento.

Questa impostazione consente di mantenere coerenza tra quadro teorico, metodo e risultati. La tesi non sostiene che un singolo indicatore misuri da solo la qualità dell'OsCo. Sostiene invece che la combinazione ragionata di indicatori clinici, organizzativi, funzionali e percepiti possa rendere visibile il funzionamento della transizione assistenziale e alimentare un ciclo di apprendimento multiprofessionale.

4. Obiettivo, domanda di ricerca e ipotesi interpretative

L'obiettivo è tradurre il quadro teorico delineato in un disegno osservazionale chiaro e riproducibile, capace di descrivere in modo multidimensionale la funzionalità degli Ospedali di Comunità dell'AUSL di Modena e, in particolare, dell'OsCo di Castelfranco Emilia. L'attenzione si concentra sulla capacità del setting di svolgere la propria funzione di transizione, sulla variazione clinico-funzionale misurata con l'indice di Barthel, su alcuni segnali di appropriatezza e sicurezza nel periodo successivo alla dimissione e sull'esperienza riferita da pazienti e caregiver nelle sue componenti informative e relazionali tramite il questionario PREM ed il progetto pilota della "Telefonata del giorno dopo". Il lavoro non realizza una valutazione economica, non misura produttività o carenze formative del personale e non mappa esaustivamente i processi organizzativi, in quanto tali obiettivi richiederebbero fonti e disegni specifici.

La domanda di ricerca può essere sintetizzata come segue: in che misura, alla luce delle evidenze descrittive disponibili e nel rispetto dei vincoli di qualità del dato, l'OsCo di Castelfranco Emilia svolge una funzione di transizione verso il domicilio e presenta un andamento clinico-funzionale, segnali di sicurezza e continuità percepita coerenti con tale funzione. Ciò è stato fatto eseguendo un confronto in parallelo con l'OsCo di Fanano.

4.1 Disegno osservazionale e perimetro dell'analisi

Il disegno di studio è di tipo osservazionale, descrittivo e comparativo, con finalità di audit clinico-organizzativo. Non essendo sperimentale non prevede gruppi di controllo e non consente inferenze causali circa gli effetti della pandemia, di investimenti infrastrutturali, del D.M. 77/2022 o di singoli interventi organizzativi. L'analisi non ha applicato la Balanced Scorecard come strumento di scoring e non costruisce un indice sintetico di performance. La Balanced Scorecard è stata utilizzata come riferimento teorico per motivare l'adozione di una prospettiva multidimensionale, mentre il modello operativo di classificazione degli indicatori utilizzato, è invece quello di Donabedian, articolato in struttura, processo ed esito. La lettura dei risultati deve quindi considerare che, scostamenti e differenze possono riflettere variazioni di case-mix, skill mix, intensità assistenziale, disponibilità di servizi territoriali, condizioni familiari, oltre a differenze nelle procedure di registrazione dei dati. In coerenza con un'impostazione centrata sull'apprendimento, i confronti vengono utilizzati per generare domande e per localizzare aree che meritano approfondimento, non per trarre conclusioni definitive sull'efficacia di specifiche misure.

Le ipotesi sono, quindi, di natura esclusivamente interpretativa e guidano la lettura dei dati, senza implicare test statistici o asserzioni causali. (Esposito, 2014)

Gli indicatori sono stati selezionati in base alla coerenza con la funzione dell'Ospedale di Comunità, alla disponibilità delle fonti e alla possibilità di interpretare i risultati in modo trasparente. Le fonti comprendono il flusso regionale

SIRCO, il Piano di Assistenza Individuale, le valutazioni NEWS, IDA e Barthel, la scheda PREM e il materiale esplorativo relativo alla telefonata post-dimissione. L'analisi considera appropriatezza degli accessi, sicurezza della transizione, recupero funzionale, destinazione alla dimissione, rientri ed esperienza della persona. (OECD, 2024)

Il confronto tra Castelfranco Emilia e Fanano e il confronto temporale tra il 2018 e il 2025 hanno carattere descrittivo. Le differenze osservate non vengono interpretate come effetti causali del PNRR, del D.M. 77/2022 o della pandemia, poiché non sono disponibili dati individuali omogenei, aggiustamenti per case-mix, gruppi di controllo e informazioni complete sull'esposizione organizzativa alle riforme. I risultati vengono quindi utilizzati per formulare ipotesi interpretative e priorità di miglioramento, non per costruire graduatorie tra presidi.

5. Materiale e metodi

Per questo elaborato di tesi è stata scelta la metodica dell'Audit tramite Valutazione multidisciplinare, che meglio risponde alla necessità di governo clinico attraverso un'analisi sistematica dell'assistenza erogata rispetto ai criteri definiti. La descrizione del disegno, delle fonti informative, delle variabili e dei limiti interpretativi è stata impostata in coerenza con i principi di trasparenza raccomandati per gli studi osservazionali (von, 2007). Il confronto tra i presidi e il confronto temporale è stato utilizzato per descrivere differenze e possibili aree di approfondimento, senza costruire graduatorie di qualità.

Il confronto tra i due OsCo ha mirato a verificare l'appropriatezza di accesso e l'efficacia clinica attraverso l'analisi di dati provenienti da sistema SIRCO relativi al primo semestre del 2018. È stato effettuato, quindi, un confronto con i dati relativi all'anno 2025, disponibili solo per l'ospedale di Castelfranco Emilia per valutare un eventuale miglioramento delle performance cliniche della struttura di CFE. Per l'anno 2025, i dati relativi all'OsCo di Fanano non sono stati inclusi nell'analisi poiché ritenuti non statisticamente rappresentativi. In tale periodo, infatti, la capienza ricettiva del presidio ha subito una importante contrazione temporanea a causa di interventi di ristrutturazione strutturale.

Il confronto tra il 2018 e il 2025 è asimmetrico e deve essere interpretato come storico-descrittivo. I due periodi possono differire per livello di dettaglio delle

informazioni, modalità di registrazione, composizione della casistica, criteri di accesso, disponibilità dei servizi territoriali e caratteristiche dei flussi informativi. Non sono pertanto stati calcolati trend causali, né sono state formulate attribuzioni dirette agli effetti del PNRR, del D.M. 77/2022 o della pandemia.

In ambito sociosanitario, l'analisi dei dati non può limitarsi a logiche economico-finanziarie o a meri volumi di attività, ma richiede un approccio integrato basato sui principi della *Clinical Governance*, del modello di valutazione della qualità di Donabedian, della *Value-Based Healthcare* e della *Transitional Care*.

La performance dei due OsCo viene letta ed esplorata attraverso tre dimensioni fondamentali interconnesse: (Hernán, 2020)

1) Rigore Clinico-Organizzativo e Appropriatezza (*Clinical Governance & Safety*)

Il rigore riguarda l'appropriatezza clinico-organizzativa, l'accuratezza nei criteri di eleggibilità ed esclusione e la sicurezza dei percorsi assistenziali. Garantisce che l'OsCo non diventi né un "reparto per acuti mascherato" né un "parcheggio sociale".

Nel presente studio, il rigore viene misurato attraverso diverse scale come la scala NEWS, l'Indice IDA, il Barthel Index ed indicatori di Esito dal Flusso SIRCO come tassi di re-ricovero precoce (entro 5 e 30 giorni) e mortalità a 72 ore e in degenza, utili a monitorare la sicurezza della transizione assistenziale.

2) Umanizzazione e Centralità della Persona (*Patient-Centered Care*)

L'umanizzazione è intesa come superamento della visione puramente biomedica o prestazionale attraverso il coinvolgimento attivo del paziente e del caregiver, la tutela della dignità e la continuità relazionale durante e dopo il ricovero.

Ciò è stato valutato tramite l'utilizzo della scheda PREM e della "Telefonata del giorno dopo" in fase di post dimissione e durante il ricovero tramite il l'empowerment e l'educazione del caregiver e del paziente da parte dell'equipe dell'OsCo.

3) Sostenibilità del Sistema ed Equità di Prossimità (*System Sustainability & Fit*)

La sostenibilità e la prossimità rappresentano la risposta gestionale-architettonica al PNRR e al D.M. 77/2022 per la tenuta del Servizio Sanitario Regionale.

Nel presente studio, questa dimensione viene misurata attraverso:

- Decongestionamento degli Ospedali per Acuti: Riduzione dei ricoveri e re-ricoveri impropri e riutilizzo efficiente dei posti letto territoriali a costi sostenibili.
- Efficienza Operativa e Turnover (Degenza Media Target): Mantenimento della permanenza entro i parametri normativi (17-20 giorni) per garantire la fluidità della rete.
- Equità e Flessibilità nei Diversi Contesti Geografici: Il confronto tra Castelfranco Emilia (Pianura) e Fanano (Montagna) dimostra come la

sostenibilità si realizzi quando la struttura adatta la propria funzione (riabilitativo-educativa nel primo caso; di prossimità, filtro e integrazione con i MMG nel secondo) al bacino d'utenza locale.

Per un corretto monitoraggio dell'attività assistenziale è stato fatto riferimento al flusso informativo regionale (Flusso SIRCO), già in uso nel territorio modenese dal 2014, che permette la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi integrati necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati Aziendale verso il livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale.

L'appropriatezza di accesso è stata valutata, ad esempio, attraverso l'estrazione di dati relativi all'origine della proposta di ricovero ed eventuale re-ricovero sia durante la degenza, sia una volta rientrati a domicilio.

Un re-ricovero precoce in ospedale, infatti, potrebbe riflettere la presenza di criticità nel processo di dimissione o la presenza di una situazione clinica ancora instabile. Così come un ricovero precoce in ospedale per acuti, di una persona proveniente dal territorio potrebbe indicare il mancato rispetto dei criteri di accesso/esclusione in OsCo.

Dati relativi alla mortalità ed al re-ricovero sono stati utilizzati anche per valutare l'efficacia clinica del ricovero in OsCo, così come l'eventuale miglioramento

dell'autonomia funzionale tramite la valutazione del Barthel Index per rilevare l'eventuale "impatto riabilitativo" del percorso di degenza.

A questo scopo, quindi, gli indicatori estratti da flusso SIRCO sono stati:

- Tasso di ricovero in ospedale per acuti durante la degenza in OsCo;
- Degenza media in OsCo;
- N. pazienti inviati da MMG;
- N. pazienti inviati da ospedali;
- N. pazienti inviati da Pronto Soccorso
- Tasso di re-ricovero al PS entro 5 giorni dal trasferimento in OsCo;
- Tasso di re-ricovero in ospedale per acuti entro 30 giorni dalla degenza in OsCo;
- Mortalità durante il ricovero in OsCo;
- Mortalità entro le 72 ore dall'ingresso in OsCo

Molti di questi dati sono inclusi nei dati del PAI (Piano di Assistenza Individuale), che viene redatto all'accesso in OsCo e che si può osservare nell'immagine sottostante.



**SCHEDA PER
INGRESSO IN OsCo**

COGNOME: NOME: Data di nascita/...../.....
Stato civile: Distretto di Residenza
MMG: Tel MMG:
Tel. Paziente: Tel. Familiare di riferimento/Caregiver:
Amministratore di sostegno ☐ NO ☐ SI ☐ NOMINA IN CORSO
SE SI COGNOME /NOME/TEL.....

COT inviante		Sede paziente
☐ Carpi	☐ Castelfranco	☐ Domicilio
☐ Mirandola	☐ Modena	☐ Unità Operativa Ospedaliera..... Tel.....
☐ Pavullo	☐ Sassuolo	☐ Pronto Soccorso..... Tel.....
☐ Vignola		☐ Altro: Tel.....
• DIAGNOSI: • Comorbidità: • Punteggio NEWS: • IDA (Indice di dipendenza assistenziale):		

Figura 1.V: estratto della scheda di valutazione per ingresso in OsCo

Gli indicatori non sono stati utilizzati per calcolare un indice sintetico di performance. Ogni misura è stata considerata in rapporto alla domanda valutativa alla quale può contribuire a rispondere.

Le differenze osservate sono state interpretate come elementi descrittivi e, quando necessario, come possibili occasioni di audit.

Oltre alla provenienza del paziente (invio da parte dell'ospedale, PS o del Medico curante), all'ammissione in OsCo vengono valutate le comorbidità, il punteggio NEWS (per valutare la stabilità clinica) e l'IDA score utilizzato per valutare il carico assistenziale al momento del ricovero e la conseguente complessità gestionale.

Sono stati analizzati i motivi di accesso dei pazienti classificati come a basso rischio secondo la scala NEWS, con l'obiettivo di capire se si sono verificati accessi inappropriati o se i criteri valutati fossero insufficienti per intercettare la fragilità. La scala NEWS, infatti, ha lo scopo di identificare precocemente il deterioramento clinico del paziente ed il conseguente rischio di re-ospedalizzazione. Per misurare ciò sono valutati i tassi di re ricovero entro 5 giorni e dopo 30 giorni dalla dimissione dall'OsCo come indice di precoce o inappropriata dimissione.



SCHEDA PER INGRESSO IN OsCo

NEWS : National Early Warning Score: Misura standardizzata che permette una veloce e condivisibile valutazione dello stato clinico del paziente. Si fonda su 6 misurazioni di parametri fisiologici normalmente effettuate; ciascun parametro è graduato in livelli, a ciascuno dei quali è attribuito un valore numerico; la somma dei valori fornisce la misurazione dello scostamento dalla fisiologia normale.

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3	SCORE Note
Frequenza respiro	≤ 8		09-11	12-20		21 - 24	≥ 25	
saturazione ossigeno	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96				
ossigeno supplementare		sì		no				
Temperatura corporea	≤ 35		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1		
Pressione sistolica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220	
Frequenza cardiaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131	
Stato di coscienza				vigile			Richiamo verbale, dolore provocato coma	
TOTALE SCORE								
Basso = 1 – 4			medio = 5 - 6			alto (critico) ≥ 7		

Figura 2.V: scheda News

L'IDA score, rappresentato nella Figura 3.V, è stato utilizzato per valutare il carico assistenziale al momento del ricovero e la conseguente complessità gestionale.



SCHEDA PER INGRESSO IN OsCo

IDA (Indice di dipendenza assistenziale): determina l'impegno assistenziale su di una serie di variabili di dipendenza determinate da un punteggio in grado di valutarne la complessità.

CATEGORIA	1	2	3	4	SCORE
Alimentazione Idratazione	NPT o NET	Deve essere imboccato	Necessita di aiuto per alimentarsi	autonomo	
Eliminazione (Alvo e urine)	Incontinenza urinaria e dell'alvo permanente	Incontinenza urinaria e dell'alvo occasionalmente	Catetere vescicale a permanenza	autonomo	
Igiene e confort	Intera igiene corporea a letto senza l'aiuto del pz	Intera igiene corporea a letto con l'aiuto del pz	Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi	autosufficiente	
Mobilizzazione	allettato	Mobilizzazione su poltrona	Cammina con l'aiuto di una o più persone	autonomo	
Procedure diagnostiche	Monitoraggio parametri vitali continuo	Monitoraggio parametri vitali ripetuto >1/ora	Monitoraggio parametri vitali ripetuto <1/ora	Esami diagnostici di routine o altri accertamenti	
Procedure terapeutiche	CVC per infusione continua nelle 24 ore	CVC o periferico per infusione non continua	Terapia per os, im, ev (compreso le flebotomi)	Terapia solo per os o nessuna terapia	
Percezione sensoriale	Stato soporoso o coma	Disorientamento ST continuo, uso di sedativi giorno e notte	Disorientamento ST occasionale, dorme di notte con o senza sedativi	Paziente vigile e orientato, non necessita di sedativi la notte	
TOTALE SCORE					

Figura 3.V: IDA score

Sia all'ammissione che prima della dimissione dall'OsCo, per tutti i pazienti, viene calcolato il Barthel Index, indicatore dell'autonomia funzionale del paziente. Un basso punteggio a questo indice caratterizza pazienti fragili dal punto di vista generale e meno autonomi. Il punteggio, ottenuto dalla valutazione dei parametri indicati nell'immagine sottostante, suddivide i pazienti in funzione delle autonomie in:

- 0-24 totalmente dipendenti
- 25-49 dipendenza grave
- 50-74 dipendenza moderata
- 75-90 dipendenza lieve
- 91-99 dipendenza minima
- 100 completa autonomia

SCALA BIM - *Indice di Barthel Modificato*

ITEM	CODICE					DATA			
	A	B	C	D	E				
Igiene personale	0	1	3	4	5				
Fare il bagno	0	1	3	4	5				
Mangiare	0	2	5	8	10				
Usare il W.C.	0	2	5	8	10				
Fare le scale	0	2	5	8	10				
vestirsi	0	2	5	8	10				
Controllo urine	0	2	5	8	10				
Controllo alvo	0	2	5	8	10				
Camminare	0	3	8	12	15				
Carrozzina *	0	1	3	4	5				
Trasferimenti	0	3	8	12	15				
Totale (range 0 - 100)									
FIRMA DEL COMPILATORE									

**da compilare solo se incapace di camminare*

CODICE

A = incapace di compiere l'azione

B = tentativi di compiere l'azione ma non affidabili

C = richiede aiuto moderato

D = richiede aiuto minimo

E = completamente indipendente

Figura 4.V: Scheda valutativa Barthe Index

Questo parametro è stato, quindi, preso in considerazione durante l'audit come indicatore di fragilità dei pazienti coinvolti.

L'esperienza della persona assistita e del caregiver è stata esplorata mediante una **scheda PREM**. Le Patient-Reported Experience Measures raccolgono la percezione della persona rispetto a ciò che è avvenuto durante l'assistenza.

Sono state considerate le dimensioni disponibili nella scheda aziendale, tra cui informazioni ricevute, rispetto, fiducia, capacità relazionale e coinvolgimento. Per ogni dimensione devono essere riportati il numero dei questionari validi, il denominatore e la modalità di calcolo delle risposte positive.

La scheda PREM utilizzata nel presente studio è stata considerata una fonte locale di informazione sull'esperienza degli utenti. In assenza di una documentazione specifica di validazione, i risultati non sono stati assimilati a quelli di strumenti standardizzati nazionali o internazionali e non sono stati utilizzati per generalizzare la qualità percepita all'intera popolazione assistita.

QUESTIONARIO PREM – Valutazione dei Servizi residenziali di Cure Intermedie (Ospedale di Comunità).

Vorremmo sapere cosa pensa dell'assistenza ricevuta presso il nostro servizio. Le Sue risposte ci aiuteranno a comprendere cosa stiamo facendo bene e che cosa potremmo fare meglio, in modo da poter fornire i migliori servizi possibili. La preghiamo di essere il più sincero possibile nel rispondere. Tutte le risposte saranno trattate in via confidenziale.

Indicare chi compila il questionario:

☐ Paziente

☐ Familiare/Persona che lo assiste

Barrare con una croce le apposite caselle ☐ (salvo diversa indicazione).

- 1. Il personale che si è preso cura di me aveva tutte le informazioni necessarie sulla mia malattia o condizione di salute**
☐ Sì
☐ No
☐ Non so
- 2. Mi sono state date informazioni sufficienti sulla mia condizione di salute e/o sui trattamenti**
☐ Non abbastanza
☐ Nella giusta quantità
☐ Troppo
- 3. Mi sono stati spiegati gli obiettivi da raggiungere durante il ricovero (ad esempio: muovermi in casa, essere indipendente in casa, essere in grado di andare a fare la spesa, comprendere meglio la mia salute)**
☐ Sì
☐ No
- 4. Sono stato coinvolto nella definizione di questi obiettivi**
☐ Sì, sempre
☐ Sì, a volte
☐ No
- 5. Sono stato coinvolto nelle decisioni su assistenza, supporto e trattamento quanto avrei voluto**
☐ Sì, decisamente
☐ Sì, in una certa misura
☐ No
- 6. La mia famiglia o la persona che mi assiste sono stati coinvolti in queste decisioni quanto avrei voluto**
☐ Sì, decisamente
☐ Sì, in una certa misura
☐ No
☐ Non c'era famiglia o persona disponibile ad essere coinvolta
☐ Non ho voluto che la mia famiglia o la persona fossero coinvolti
- 7. Quando ho avuto domande importanti da fare, il personale mi ha risposto in modo soddisfacente**
☐ Sì, sempre
☐ Sì, a volte
☐ No
☐ Non ho avuto la necessità di chiedere
- 8. Ho avuto fiducia nel personale che mi ha assistito e aiutato**
☐ Sì, sempre
☐ Sì, a volte
☐ No

9. Sapevo sempre chi stava coordinando la mia assistenza
- ☐ Sì
 - ☐ No, ero io a coordinare la cura e l'assistenza
 - ☐ Non so / Non ne sono certo
10. Sono stato coinvolto nelle decisioni riguardo il mio rientro a casa
- ☐ Sì, sempre
 - ☐ Sì, a volte
 - ☐ No
 - ☐ Non ho sentito la necessità di essere coinvolto
11. Il personale ha tenuto conto della mia situazione familiare e domestica nell'organizzare il mio rientro a casa
- ☐ Sì, completamente
 - ☐ Sì, in una certa misura
 - ☐ No
 - ☐ Non è stato necessario
 - ☐ Non so
12. Il personale ha dato ai miei familiari o a qualcuno a me vicino tutte le informazioni di cui avevano bisogno per prendersi cura di me
- ☐ Sì, decisamente
 - ☐ Sì, in una certa misura
 - ☐ No
 - ☐ Non ho voluto o non c'era bisogno che ne avessero
13. Nel complesso, mi sono sentito trattato con rispetto e dignità mentre ricevevo assistenza da parte di questo servizio
- ☐ Sì, sempre
 - ☐ Sì, a volte
 - ☐ No
14. Da quando sono in cura presso questo servizio, le mie capacità di mantenere rapporti con gli altri sono migliorate
- ☐ Sì, decisamente
 - ☐ Sì, in una certa misura
 - ☐ No
 - ☐ Non mi preoccupa di questo
15. Sono stato sufficientemente informato sugli altri servizi disponibili, per persone con la mia condizione di salute, comprese associazioni di volontariato
- ☐ Sì
 - ☐ No
16. Pensa ci sia qualcosa che avrebbe potuto rendere migliore la Sua esperienza del servizio?
- ☐ Sì
 - ☐ No
- Se sì, specifichi in dettaglio
-
- GRAZIE PER IL SUO AIUTO E IL TEMPO DEDICATO A COMPILARE IL QUESTIONARIO**

Ospedale di Comunità

Figura 6.V: Domande del questionario PREM

Nel primo semestre del 2025 è stata condotta una fase sperimentale, guidata dall'Ospedale di Comunità di Castelfranco Emilia, durante la quale sono state effettuate 22 chiamate di follow-up a pazienti ad alto grado di complessità o ai loro caregiver, il giorno successivo alla dimissione.

L'intervento si è avvalso di una checklist standardizzata, strutturata per valutare lo stato di benessere generale del paziente, la corretta adesione alla terapia farmacologica, il consolidamento della presa in carico al domicilio e l'eventuale emersione di criticità precoci.

Lo scopo era quello di intercettare i bisogni del paziente o eventuali criticità alla dimissione con un intervento assistenziale strategico, ad alto impatto sul paziente, ma sostenibile dal punto di vista economico. In questa fase pilota non sono stati coinvolti tutti i pazienti, ma sono stati selezionati solo quelli con maggiore fragilità personale ed ambientale.

L'analisi ha avuto carattere prevalentemente descrittivo. Per le variabili quantitative sono stati riportati, ove disponibili, numerosità, medie, mediane, valori minimi e massimi o variazioni tra ingresso e dimissione. Per le variabili qualitative sono state riportate frequenze assolute e relative, indicando sempre il denominatore utilizzato.

I confronti tra Castelfranco Emilia e Fanano e tra i periodi 2018 e 2025 sono stati effettuati mediante confronto descrittivo delle distribuzioni e dei valori osservati.

Le differenze percentuali sono state utilizzate come segnali orientativi e non come stime di effetto. In assenza di dati individuali omogenei, aggiustamenti per case-mix e gruppo di controllo, non sono state formulate inferenze causali.

Quando sono stati analizzati rientri ospedalieri o mortalità, l'interpretazione è stata mantenuta a livello descrittivo. Gli eventuali casi meritevoli di approfondimento sono stati individuati in base alla combinazione di tempo all'evento, provenienza, profilo clinico, NEWS/NEWS2, Barthel, motivazione del rientro e destinazione.

6. Risultati

Occorre, innanzitutto, precisare le differenze ambientali che contraddistinguono le due strutture di Castelfranco Emilia e Fanano: come si può osservare nella tabella 1.VI, emerge un'importante differenza nel bacino di utenza delle due strutture che si riflette anche nelle finalità del ricovero in OsCo, oltre che nelle fonti di invio.

Caratteristica	OsCo Castelfranco Emilia (CFE)	OsCo Fanano
Contesto	Pianura, alta densità abitativa. Distretto di 32.724 abitanti.	Montagna, bassa densità abitativa. Distretto di 2.975 abitanti.
Profilo Funzionale	Prevalentemente riabilitativo/educativo . Ottimo raccordo Ospedale-Territorio in pianura.	Prevalentemente di prossimità e integrazione Cure Primarie . Risposta a esigenze territoriali immediate.
Indice di Dipendenza	Basso (3,77% della popolazione distrettuale è servita).	Alto (27,47% della popolazione distrettuale è servita).
Provenienza Pazienti	Netta prevalenza dall'Ospedale per Acuti (92%).	Bilanciato: 51% da Ospedale; 49% da Medico di Medicina Generale (MMG) .

Tabella 1.VI: Differenze principali tra OsCo CFE e Fanano

Lo studio ha analizzato i dati relativi al primo semestre del 2018 ed ha coinvolto 118 pazienti a CFE e 97 a Fanano, ammessi in OSCO dopo dimissione ospedaliera o proposta del Medico di Famiglia o del Medico di Continuità assistenziale.

Nel primo semestre del 2025, invece, i ricoveri presso l'OsCo di Castelfranco Emilia sono stati 178.

RICOVERI

2018 PRIMO SEMESTRE		2025 PRIMO SEMESTRE	
CFE	FANANO	CFE	FANANO
118	97	178	N.D.

Tabella 2.VI: Confronto tra numero di ricoveri nei due OsCo nel 2018 e nel 2025

Dall'analisi dei dati riportati nella Tabella 1.VI, si evince una marcata eterogeneità sia nell'ampiezza e nella composizione del bacino d'utenza, sia nelle modalità d'impiego dei due presidi. Nello specifico, per la struttura di Castelfranco Emilia emerge una prevalenza della funzione riabilitativo-educativa, con circa il 90% degli accessi provenienti da reparti di degenza per acuti. Al contrario, per l'OsCo di

Fanano quasi la metà dei ricoveri (49%) ha origine direttamente dal territorio. Tale evidenza suggerisce per quest'ultimo presidio una preminente funzione di "filtro" e di supporto della rete assistenziale territoriale, con ogni probabilità riconducibile anche alla peculiare collocazione geografica di tipo appenninico in cui si colloca. Per CFE, infatti, nel 2018 il 92% dei ricoveri in OsCo era conseguente a dimissione ospedaliera, cosa che si è verificata solo nel 51% dei casi per l'OsCo di Fanano.

Confrontando l'origine della segnalazione per l'ammissione in OsCo tra 2018 e 2025 non sono state riscontrate differenze sull'origine di invio per quanto riguarda CFE, emerge sempre una netta prevalenza di accesso post ospedaliero (92% nel 2018 vs 90% nel 2025) e solo il 10% dei pazienti ammessi in OsCo nel 2025 proveniva dal territorio.

Per entrambe le strutture la durata media dei ricoveri in OsCo è stata di circa 20 giorni nel 2018, contro i 17 giorni di media riscontrati per il 2025 presso CFE.

2018		2025	
PRIMO SEMESTRE		PRIMO SEMESTRE	
		CFE	CFE

RICOVERI	118	178
ORIGINE OSPEDALIERA	109	160
ORIGINE TERRITORIO (CRA, MMG, CA)	9	18
DEGENZA MEDIA IN GIORNI	20	17

Tabella 3.VI: OsCo CFE confronto tra ricoveri, origine e degenza media 2018 vs 2025

Confrontando il luogo di destinazione dopo la dimissione emerge quanto segue: nel 2018 l'80% dei pazienti sono rientrati a domicilio dopo il ricovero presso l'Osco di CFE (95 pazienti), rientro che è stato possibile solo nel 56% dei casi dall'ospedale di comunità di Fanano. Sono deceduti durante il ricovero 2 pazienti presso CFE e 7 pazienti presso Fanano.

L'aumentata mortalità presso Fanano è correlabile anche ad un'età media più elevata dei pazienti presso questo OsCo: 89 vs 87 anni di media.

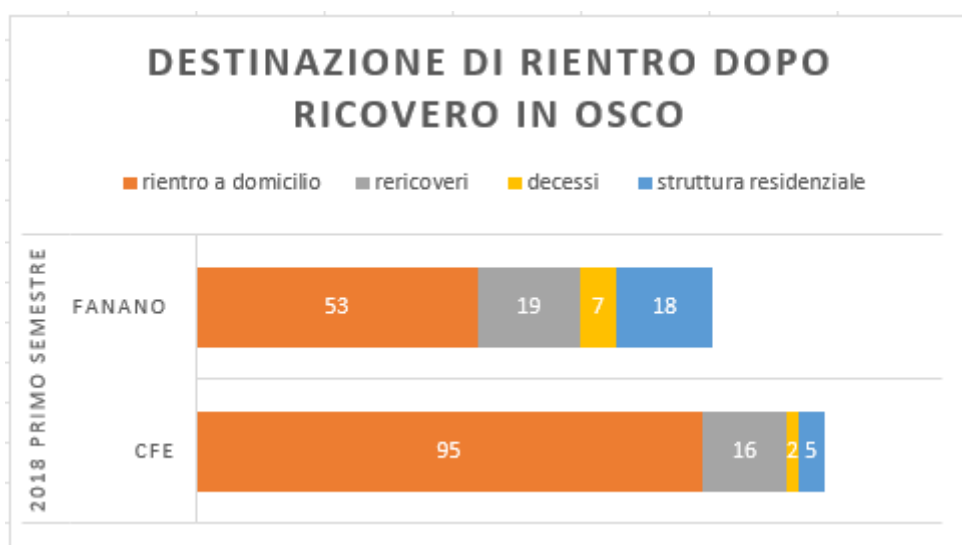


Figura 1.VI: Distribuzione delle destinazioni di rientro dopo ricovero in OsCo nel 2018

Lo stesso confronto è stato eseguito sulla struttura di Castelfranco Emilia tra il 2018 e il 2025: come si osserva nell'immagine seguente, mentre la percentuale di persone che rientra a domicilio è rimasta stabile (80% in entrambi gli anni), si è riscontrato un calo del numero di decessi dal 2 all'1% e soprattutto un calo dei re-ricoveri dal 13 al 9%.



Figura 2.VI: Confronto destinazioni di rientro per CFE tra 2018 e 2025

Per valutare la qualità della prestazione complessiva erogata negli OsCo è stato analizzato il parametro **Re-ricovero Precoce**, inteso come la riammissione in struttura per acuti entro 5 giorni dalla dimissione a domicilio dall'OSCO: questi, nel 2018, sono stati 4 per CFE e 6 per Fanano. Sebbene i numeri rilevati siano simili, analizzando le cause del re-ricovero sono emerse differenze sostanziali nei due contesti.

Nello specifico, la totalità dei re-ricoveri precoci osservati a Castelfranco Emilia è stata determinata da complicanze infettive (nella fattispecie a carico dell'apparato urinario), laddove a Fanano 5 eventi su 6 sono stati causati da scompensi cardio-respiratori. Sotto il profilo del clinical governance e della gestione manageriale, il

re-ricovero precoce per eziologia infettiva si configura quale evento sentinella, indicativo di possibili criticità nel “caring infermieristico” in fase di dimissione o di lacune nei processi di educazione e addestramento del caregiver. Diversamente, l'elevata incidenza di riammissioni per scompenso cardio-respiratorio suggerisce una potenziale inappropriata all'ingresso, caratterizzata dall'ammissione di pazienti con instabilità clinica residua (borderline), il cui profilo di rischio ne pregiudica la gestione in sicurezza all'interno di un setting territoriale a bassa intensità assistenziale.

Nel corso del primo semestre del 2025, si sono registrati complessivamente 16 re-ricoveri dall'Ospedale di Comunità di CFE verso presidi ospedalieri per acuti. Di questi, soltanto 2 casi si sono verificati entro un intervallo temporale di 5 giorni dall'ammissione in struttura.

Dal confronto con i rilevamenti riferiti al 2018, emerge una riduzione del 50% dei ricoveri precoci. L'analisi puntuale delle due casistiche riammesse entro 5 giorni evidenzia che il primo evento è stato determinato dalla riacutizzazione di uno scompenso cardiaco, mentre il secondo è riconducibile a un'eziologia infettiva (colite da C difficile).

In entrambi i casi, il punteggio NEWS rilevato all'ingresso in OsCo era pari a 5, a fronte di un Indice di Barthel medio di 37 punti. Tali indicatori clinico-funzionali

suggeriscono che il fenomeno possa essere imputabile ad un processo di dimissione ospedaliera prematura di pazienti clinicamente ancora instabili.

È stata, quindi, valutata la presenza di una possibile correlazione tra il punteggio NEWS e la probabilità di re-ricovero precoce. Come spiegato in precedenza, il punteggio NEWS valuta una serie di parametri clinici e come dato aggregato indica i seguenti livelli di rischio:

- **0-4 punti:** Rischio clinico basso.
- **5-6 punti:** Rischio medio, che richiede rivalutazione a breve.
- **≥ 7 punti:** Rischio alto, con necessità di una valutazione clinica molto urgente

In Osco sono solitamente ammessi pazienti con punteggio da 0 a 3 corrispondente ad uno stato di allerta bassa: i pazienti ricoverati nel 1° semestre 2018, negli Osco di Fanano e CFE presentavano una NEWS prevalentemente pari a 0, anche nei pazienti che hanno subito un re-ricovero. Tuttavia, i pazienti (in totale 3, 2 per CFE e 1 per Fanano) che presentavano un punteggio pari a 6 sono stati re-ricoverati precocemente e poi deceduti, a conferma del fatto che punteggi elevati indicano situazioni di criticità che dovrebbero escludere la possibilità di accesso in Osco.

Per la struttura di CFE per il 2018 è stato possibile estrarre il dato dei pazienti re-ricoverati direttamente da OsCo ed è stata analizzata la durata della permanenza in OsCo prima del re-ricovero: come si evince da grafico dei 16 re-ricoveri 4 si sono verificati nei primi 5 giorni di degenza, segno di una probabile persistenza di instabilità clinica.

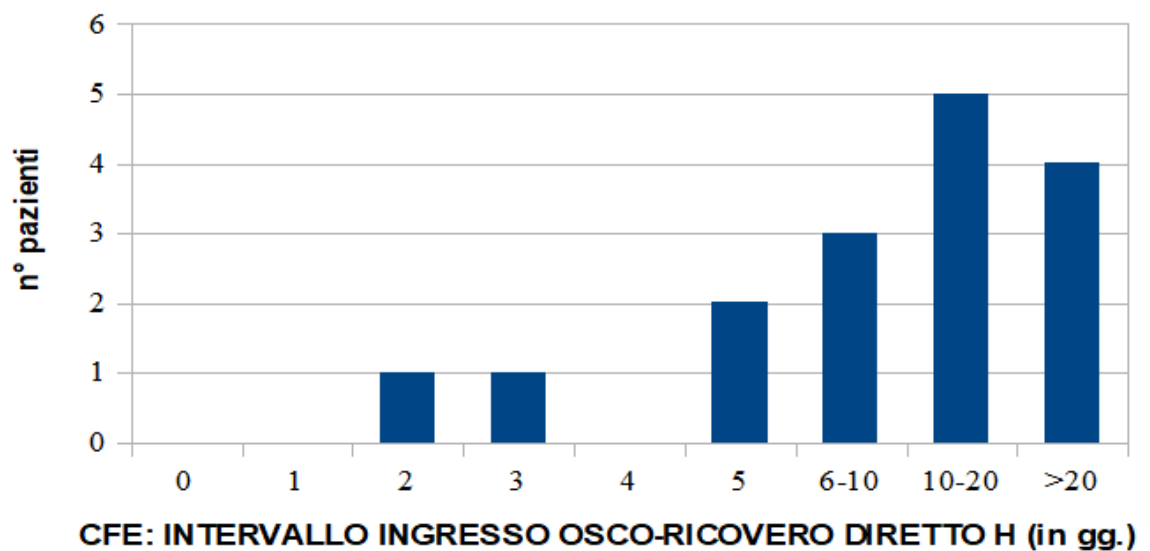


Figura 3.VI: Grafico Intervallo ingresso OsCo e Ricovero diretto in ospedale

Per i pazienti che sono stati dimessi dall' OsCo al proprio domicilio e che poi sono stati re-ricoverati in ospedale entro 30 giorni, si sono valutati alcuni parametri al fine di capire quali fossero le condizioni cliniche del paziente al momento del

rientro a domicilio e, sulla base di queste, ipotizzare se il nuovo accesso in ospedale potesse essere evitabile o meno:

➤ **Barthel**

➤ **scala NEWS** (dato presente solo per CFE, risultata pressoché invariata),

Mentre la scala NEWS è risultata pressoché invariata, il **Barthel Index** ha mostrato un **generale miglioramento dell'autonomia funzionale** in entrambi gli OsCo, confermando l'efficacia riabilitativa e assistenziale del periodo di degenza: punteggio pari a 42 all'ingresso e 52,2 alla dimissione per Fanano; 37,9 all'ingresso e 55,1 alla dimissione per Castelfranco Emilia.

Pur restando pazienti fragili, si è passati quindi da una dipendenza media di grado elevato ad una dipendenza moderata. Il miglioramento dei punteggi medi del Barthel Index, potrebbe essere l'esito diretto dell'integrazione nei processi assistenziali dell'OsCo di progetti strutturati di mobilitazione precoce, condotto in stretta collaborazione interprofessionale tra il personale infermieristico, gli OSS e i fisioterapisti distrettuali. Di questo dato sarebbe interessante un confronto con quanto si verifica in pazienti che, con caratteristiche simili di fragilità, rientrano a domicilio direttamente dopo un ricovero ospedaliero. Pazienti più autonomi e performanti, infatti, risultano intrinsecamente più gestibili dalle famiglie e dalle reti

di cure domiciliari, riducendo drasticamente la quota di riammissioni ospedaliere per cedimento del nucleo familiare o per complicanze da immobilità.

Miglioramento dell'autonomia – Barthel Index

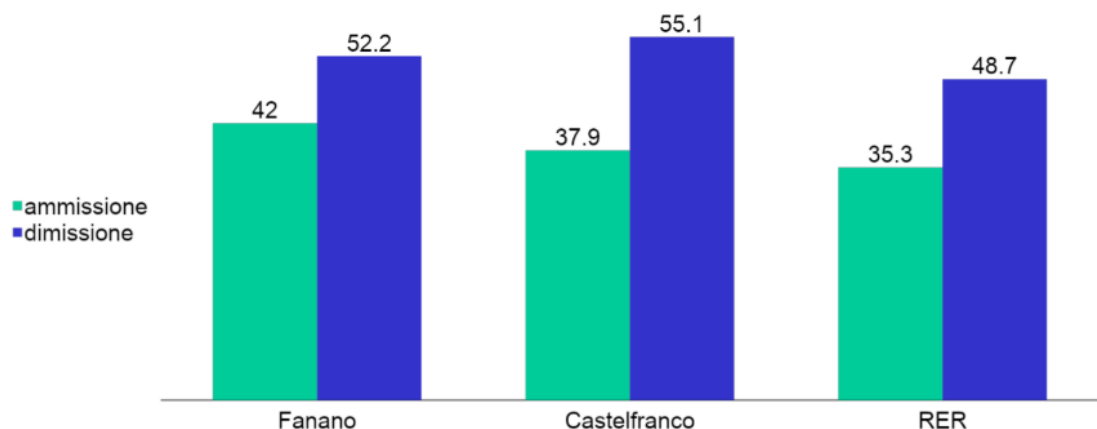


Figura 4.VI: Confronto tra OsCo delle variazioni indice di Barthel tra ingresso ed uscita

Anche per il 2025 si è riscontrato un netto miglioramento dell'indice di Barthel dopo il ricovero in OsCo, con un passaggio da 43,5 a 59,9 come valori medi. Il confronto con la rilevazione del 2018 mostra un trend evolutivo positivo, ascrivibile probabilmente sia a un'aumentata capacità di recupero funzionale garantita dai servizi riabilitativi dell'OsCo, sia a variazioni nei modelli di *triage* e nei criteri di eleggibilità per l'accesso in OsCo. A confutare quest'ultimo punto, tuttavia, è stato riscontrato che in 12 pazienti, ricoverati presso l'OsCo di CFE nel 2025, il Barthel

Index all'ingresso fosse inferiore a 10 punti e di questi, 9 sono rientrati a domicilio a seguito della dimissione.

Per il 2025 è stato calcolato anche l'indice di Barthel medio in funzione della destinazione alla dimissione: come si evince dalla tabella sottostante, seppur i valori medi riscontrati sono più alti sia in ammissione che in dimissione per chi rientra a domicilio, non sembra esserci una correlazione tra un indice più basso ed il rischio di re- ricovero o morte.

N° pazienti	tipo di dimissione	Barthel ingresso	Barthel uscita
		medio	medio
2	Decesso	9,5	0
132	Domicilio	43,7	58,5
17	Ospedale	39,4	38
27	struttura residenziale	37	50,7

Tabella 4.VI: Variazioni medie di Indice di Barthel in funzione della destinazione post dimissione

Anche per il 2025 non sono state riscontrate differenze significative nel punteggio NEWS tra ingresso ed uscita per CFE, con valori medi anche tra i ricoverati pari a 0.

Nell'eseguire il confronto tra i dati del 2018 e 2025 è, tuttavia, necessario sottolineare l'impossibilità di stima di trend lineare o stagionale o di utilizzare rapporti o differenze se non come segnali orientativi. Non è metodologicamente ammissibile derivare giudizi di efficacia della nuova organizzazione territoriale, del D.M. 77/2022 o di investimenti infrastrutturali, poiché le variazioni osservate possono riflettere mutamenti nella casistica, nei flussi di invio, nelle risorse di rete disponibili, nei criteri di registrazione e in fattori esogeni. Il confronto, in questa cornice, è uno strumento per porre domande pertinenti: si osservano profili di ingresso più complessi? Le destinazioni di dimissione mantengono l'orientamento al domicilio? Gli indicatori sentinella a trenta giorni si muovono in modo coerente con la disponibilità di servizi post-dimissione? La risposta a tali domande richiede, per essere conclusiva, dati omogenei e disegni analitici ulteriori.

La potenzialità del confronto asimmetrico risiede nella possibilità di identificare aree prioritarie di audit. Se, ad esempio, nel 2025 su base annua a Castelfranco Emilia si osserva un aumento del re-ricovero in acuto a 30 giorni dal 7,6 al 10,1 per cento e, in parallelo, un incremento del rientro in OsCo dall'1,4 al 2,4 per cento, risulta appropriato attivare un'analisi puntuale dei casi ricorrenti per tipologia clinica, tempo all'evento, disponibilità di presa in carico territoriale, criticità informative alla dimissione e fattori sociali. Solo attraverso tale lavoro qualitativo

e contestuale è possibile distinguere tra eventi potenzialmente prevenibili e eventi legati all'evoluzione non prevedibile di condizioni cronico-complesse

La tabella 5.VI, sottostante evidenzia i dati emersi dai questionari PREM (Patient-Reported Experience Measure) per il 2018 da cui si evince un sostanziale apprezzamento del paziente e/o del familiare nonostante il numero limitato di interviste a disposizione: 55 per CFE e 47 per Fanano. Come si può notare, emerge, soprattutto per Fanano, un particolare apprezzamento per quanto riguarda il lato umano e di coinvolgimento del paziente e dei familiari nel percorso di cura.

		Castelfranco Emilia		Fanano	
		N	%	N	%
Compilatore	entrambi	10	18,5%	6	12,8%
	familiare	30	55,6%	23	48,9%
	paziente	14	25,9%	18	38,3%
Q1. personale aveva informazioni	sì	56	90,3%	49	100,0%
Q2. mi sono state date informazioni	nella giusta quantità	47	82,5%	42	87,5%
Q3. mi sono stati spiegati obiettivi	sì	49	80,3%	44	89,8%
Q4. coinvolto in obiettivi	sì, sempre	42	68,9%	36	75,0%
Q5. coinvolto in assistenza	sì, decisamente	34	54,0%	38	79,2%
Q6. famiglia coinvolta	sì, decisamente	42	68,9%	34	70,8%
Q7. hanno risposto a mie domande	sì, sempre	53	85,5%	47	95,9%
Q8. ho avuto fiducia	sì, sempre	52	83,9%	49	100,0%
Q9. sapevo chi coordinava	sì	50	86,2%	41	85,4%
Q10. coinvolto per ritorno a casa	sì, sempre	44	73,3%	34	73,9%
Q11. situazione familiare	sì, completamente	36	60,0%	34	70,8%
Q12. spiegazione a familiari	sì, decisamente	45	76,3%	41	87,2%
Q13. trattato con rispetto	sì, sempre	54	88,5%	47	97,9%
Q14. capacità rapporti	sì, decisamente	24	42,9%	28	60,9%
Q15. informato su ulteriori servizi	sì	47	79,7%	39	83,0%

Tabella 5.VI: Analisi questionari PREM 2018, confronto tra CFE e Fanano

Nel file PREM disponibile per Castelfranco Emilia, per il 2025, con denominatore dichiarato pari a 86 questionari, si osservano risposte positive per le informazioni ricevute dal personale (79 su 86), per il rispetto percepito (78 su 86) e per la fiducia nei professionisti (75 su 86), insieme a 45 su 86 riscontri positivi per la capacità relazionale. Questi elementi delineano un profilo di percezioni favorevoli su aspetti

di informazione, rispetto e fiducia, con margini di miglioramento sulla dimensione relazionale.

L'analisi quantitativa degli esiti clinici analizzati in precedenza, infatti, deve essere obbligatoriamente integrata con la misurazione sistematica della qualità percepita dall'utente. L'integrazione di questi dati, e quindi di una valutazione qualitativa, risponde alla necessità di mantenere la centralità della persona, verificando che il servizio assistenziale sia percepito come umano, dignitoso e centrato sui bisogni reali del malato e del caregiver (Patient-Centred care) pur garantendo l'equilibrio economico-finanziario e l'efficienza dei fattori produttivi perseguiti dall'azienda sanitaria.

I dati quantitativi PREM, inoltre, convertono l'esperienza soggettiva del paziente in metriche di governance oggettive, permettendo alla direzione strategica di intercettare disfunzioni nei flussi di comunicazione, nell'accoglienza e nel coordinamento dei servizi che gli indicatori puramente clinici non sono in grado di cogliere.

Castelfranco Emilia 86			
		n	%
compilatore	entrambi	8	7%
	famigliare	35	30%
	paziente	28	24%
Q1. personale aveva informazioni	sì	79	68%
Q2. mi sono state date informazioni	nella giusta quantità	75	65%
Q3. mi sono stati spiegati obiettivi	sì	64	55%
Q4. coinvolto in obiettivi	sì, sempre	54	46%
Q5. coinvolto in assistenza	sì, decisamente	56	48%
Q6. famiglia coinvolta	sì, decisamente	64	55%
Q7. hanno risposto a mie domande	sì, sempre	59	51%
Q8. ho avuto fiducia	sì, sempre	75	65%

Q9. sapevo chi coordinava	sì	61	52%
Q10. coinvolto per ritorno a casa	sì, sempre	65	56%
Q11. situaizone familiare	sì, completamente	60	51%
Q12. spiegazione a familiari	sì, decisamente	60	51%
Q13. trattato con rispetto	sì, sempre	78	67%
Q14. capacità rapporti	sì, decisamente	45	39%
Q15. informato su ulteriori servizi	sì	60	51%

Tabella 6.VI: Analisi questionari PREM 2025 CFE

Infine, la disamina condotta ha preso in esame le evidenze scaturite dal progetto pilota delle “chiamate del giorno dopo”. L’analisi dei dati ha portato alla luce riscontri di notevole rilevanza clinica, educativa e psicologica.

Un primo snodo fondamentale ha riguardato la gestione della terapia farmacologica: in circa il 30% delle chiamate (7 su 22), i pazienti o i loro familiari hanno espresso dubbi relativi alle posologie dei nuovi farmaci, alla sostituzione delle molecole ospedaliere o alla gestione degli effetti collaterali. Questo dato dimostra come lo stress emotivo, inevitabilmente legato al momento del rientro a

casa, possa ostacolare la piena assimilazione delle informazioni ricevute alla dimissione. Il contatto telefonico tempestivo ha rappresentato un'opportunità di rinforzo educativo fondamentale per prevenire errori di aderenza terapeutica e tutelare la salute del paziente, fin dalle prime ore a casa.

Oltre all'aspetto strettamente clinico, è emersa una rilevante dimensione psicologica legata alla transizione assistenziale. Sebbene la maggior parte dei pazienti fosse lieta di tornare nel proprio ambiente domestico, in quasi tutte le conversazioni (18 su 22) si è registrato un sottostante stato di ansia correlato alla gestione notturna, al riconoscimento dei sintomi d'allarme e al peso della responsabilità della cura da parte dei familiari. Riconoscendo la dimissione come un momento di forte vulnerabilità emotiva, la chiamata ha svolto un'efficace funzione rassicurante, riducendo la sensazione di isolamento e rafforzando il legame di fiducia con la struttura sanitaria.

Inoltre, in 5 casi su 22 la telefonata ha fatto emergere problemi pratici non preventivabili durante la degenza, come la presenza di barriere architettoniche impreviste che ostacolavano l'uso degli ausili, ostacoli logistici nel reperimento di specifici farmaci o problematiche relative all'alimentazione.

Il follow-up si è rivelato un ponte flessibile con la quotidianità del paziente, capace di intercettare e risolvere sul campo criticità concrete, che avrebbero potuto compromettere il successo dell'intero piano assistenziale.

In conclusione, i risultati di questo studio pilota confermano che la telefonata di follow-up non costituisce una semplice cortesia formale, ma un intervento assistenziale strategico, economico e ad alto impatto. Essa garantisce una reale continuità delle cure, previene complicazioni evitabili e fornisce un riscontro continuo per perfezionare l'intero processo di dimissione.

Si conferma pertanto l'importanza di integrare sistematicamente questa pratica nei protocolli standard dell'Ospedale di Comunità, affinché diventi un livello essenziale per una transizione al domicilio sicura, protetta ed efficace. Il materiale non dimostra un effetto della telefonata sui rientri, sui costi o sugli esiti clinici. Mostra però che nella fase immediatamente successiva alla dimissione possono emergere bisogni informativi, emotivi e pratici non pienamente visibili durante il ricovero. Il suo utilizzo più appropriato, nel perimetro di questa tesi, è come fonte esplorativa di apprendimento organizzativo e di orientamento per l'approfondimento dei raccordi post-dimissione.

7. Discussione e indicazioni di miglioramento della prassi organizzativa

L'analisi empirica non restituisce un giudizio univoco sull'Ospedale di Comunità, ma un insieme di evidenze che acquistano significato soltanto se lette congiuntamente. Il registro Barthel del primo semestre 2025 relativo a Castelfranco Emilia documenta una prevalenza di dimissioni al domicilio e un incremento medio del livello funzionale tra ingresso e dimissione. La rilevazione PREM, infine, evidenzia percezioni favorevoli su informazione, rispetto e fiducia, ma valori più contenuti sulla capacità relazionale e sul coinvolgimento negli obiettivi di cura.

La coesistenza di queste evidenze richiede una lettura non riduzionista. Il risultato funzionale medio e la prevalenza di dimissioni al domicilio non possono essere utilizzati per concludere che tutti i percorsi siano pienamente efficaci; allo stesso modo, l'aumento dei rientri entro trenta giorni non consente di affermare che la funzione dell'OsCo sia stata compromessa. Gli indicatori descrivono dimensioni diverse della stessa realtà: la capacità di accompagnare molte persone verso il domicilio, la variazione dell'autonomia durante il ricovero, l'esposizione a eventi ravvicinati che richiedono approfondimento e l'esperienza della persona. La logica multidimensionale scelta per la tesi dimostra qui la propria utilità, perché evita che un singolo indicatore assuma un peso improprio nella valutazione complessiva.

L'OsCo opera nel punto di intersezione fra ospedale, cure primarie, servizi domiciliari, professioni riabilitative, rete sociale e caregiver. Di conseguenza, i suoi

esiti dipendono anche dalla capacità di coordinamento della rete e non soltanto da ciò che avviene durante la degenza. Il modello struttura-processo-esito di Donabedian consente di tenere insieme questa complessità: caratteristiche organizzative e disponibilità di connessioni territoriali rappresentano condizioni abilitanti; pianificazione della dimissione, scambio di informazioni e attivazione dei servizi costituiscono elementi di processo; recupero funzionale, destinazione di dimissione, rientri e percezione della persona rappresentano esiti o segnali di esito. Il nesso tra queste componenti resta probabilistico e non deterministico, ma la loro osservazione combinata permette di individuare priorità di gestione.

La maggiore rilevanza del risultato non deriva dunque dall'identificazione di una relazione causale tra un intervento e un esito, ma dalla possibilità di costruire domande più appropriate per la prassi. Quali profili di paziente ricorrono più spesso agli accessi ospedalieri successivi alla dimissione? Quali servizi risultano attivati al domicilio e con quale tempestività? I pazienti che rientrano in OsCo presentano un livello di dipendenza o una condizione familiare specifica? Le aree di minore positività percepita coincidono con i passaggi nei quali emergono più frequentemente dubbi durante il contatto post-dimissione? Sono interrogativi ai quali i dati disponibili non offrono ancora una risposta, ma che la griglia di performance rende espliciti e rendicontabili.

I dati relativi al primo semestre 2025 mostrano che il domicilio rappresenta la destinazione prevalente per l'OsCo di Castelfranco Emilia. Tale elemento è coerente con una funzione di transizione orientata al rientro nel contesto di vita. È tuttavia essenziale non assimilare il domicilio a un esito automaticamente positivo. La dimissione a casa è appropriata quando si accompagna a una stabilità clinica compatibile con l'ambiente di vita, a una corretta comprensione del piano terapeutico, a un supporto familiare adeguato o attivabile e, quando necessario, alla continuità con servizi domiciliari, riabilitativi o sociali. Nei casi in cui tali condizioni non siano presenti, una dimissione verso struttura residenziale o altro setting intermedio può risultare più coerente con la sicurezza e con i bisogni della persona.

La presenza di una quota di dimissioni non domiciliari va pertanto considerata parte della funzione dell'OsCo. Il presidio non è finalizzato a massimizzare il rientro a casa indipendentemente dalle condizioni, bensì a favorire la destinazione più appropriata al termine di un periodo di stabilizzazione e di rivalutazione. Tale principio invita ad affiancare, nel monitoraggio, il volume delle dimissioni al domicilio alla distribuzione delle altre destinazioni, ai trasferimenti in acuto e alle informazioni sui motivi dell'uscita. Un cruscotto capace di distinguere le diverse traiettorie può offrire una rappresentazione più accurata della funzione di transizione rispetto a un'unica percentuale sintetica.

Il confronto descrittivo pre-pandemico con Fanano rafforza l'importanza dell'adattamento territoriale. Nel 2018, Castelfranco Emilia presentava una provenienza prevalentemente ospedaliera, mentre Fanano mostrava una composizione più equilibrata fra ospedale e territorio. Le differenze possono essere coerenti con funzioni locali distinte: maggiore raccordo con la post-acuzie e la deospedalizzazione nel primo caso; maggiore prossimità territoriale nel secondo. Non è possibile dedurre graduatorie o conclusioni sull'efficacia. Il risultato rilevante è metodologico: la standardizzazione dei requisiti non implica uniformità assoluta delle funzioni esercitate. Gli OsCo devono essere osservati nel rapporto con i bacini di utenza, l'accessibilità ai presidi per acuti, i servizi territoriali disponibili e le caratteristiche della domanda.

La letteratura regionale conferma la necessità di leggere le performance degli OsCo alla luce dell'interazione tra case-mix, skill-mix, processi di cura e contesto. Il monitoraggio non perde valore per questo motivo; al contrario, diventa più utile quando rinuncia alle classifiche automatiche e viene impiegato per comprendere le ragioni delle differenze osservate. Le eventuali azioni di miglioramento devono quindi mantenere un nucleo comune di indicatori e di definizioni, ma consentire approfondimenti coerenti con la vocazione specifica dei presidi.

La pandemia, il PNRR e il D.M. 77/2022 hanno rafforzato l'attenzione istituzionale sul tema dell'assistenza territoriale, della prossimità e della continuità tra setting. Il

PNRR ha fornito una cornice di investimenti e di riforma; il D.M. 77/2022 ha definito modelli e standard per l'assistenza territoriale; la programmazione regionale dell'Emilia-Romagna ha tradotto tali indirizzi in un contesto caratterizzato da un'esperienza già consolidata nelle cure intermedie e nel monitoraggio degli OsCo. Per questo, l'evoluzione organizzativa osservata negli ultimi anni può essere collocata in una cornice che valorizza Case della Comunità, COT, cure domiciliari e Ospedali di Comunità come nodi di una rete integrata. Ministero della Salute, Decreto 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, in "Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana", Serie generale, n. 144, 22 giugno 2022; Regione Emilia-Romagna, Deliberazione

Le fonti disponibili non consentono, tuttavia, di dimostrare che tali riforme siano la causa esclusiva dei profili rilevati nel 2025. Il confronto con il 2018 è asimmetrico: la baseline storica è aggregata e semestrale, mentre il 2025 si basa su un registro semestrale analitico. Non sono disponibili dati individuali omogenei per l'intero periodo, aggiustamenti per case-mix, gruppi di controllo o misure dettagliate dell'effettiva implementazione delle riforme. Anche eventuali variazioni di volume, di destinazione, di Barthel o di rientri possono dipendere da cambiamenti nei criteri di accesso, nella casistica, nelle condizioni della rete e nella registrazione dei dati.

La formulazione più rigorosa consiste quindi nell'affermare che la pandemia e la cornice post-pandemica hanno offerto un impulso e una maggiore centralità organizzativa alla rete territoriale, senza che ciò autorizzi un'attribuzione causale diretta agli esiti osservati nell'OsCo di Castelfranco Emilia. La tesi non dimostra l'efficacia autonoma del PNRR o del D.M. 77/2022; mostra piuttosto perché un sistema che investe nella prossimità debba disporre di strumenti di misurazione capaci di verificare la funzionalità concreta delle sue strutture.

Il passaggio da una logica di conformità a una logica di funzionalità è, in questo senso, centrale. Disporre di sedi, posti letto e standard è necessario, ma non sufficiente. È altrettanto necessario osservare se la rete riesce a selezionare accessi appropriati, sostenere recupero e stabilizzazione, accompagnare dimissioni sicure, intercettare precocemente i problemi e garantire continuità informativa. I risultati esaminati indicano che la misurazione multidimensionale può tradurre questa esigenza in un processo di governo: non una verifica meramente burocratica, ma un ciclo di apprendimento basato sulla lettura dei dati e sulla discussione multiprofessionale.

8. Conclusioni

Questa tesi nasce dalla convinzione che il territorio non sia il luogo nel quale la cura semplicemente prosegue dopo l'ospedale, ma lo spazio nel quale la persona può ritrovare continuità, sicurezza e riferimenti concreti. L'Ospedale di Comunità assume valore proprio in questo passaggio: non come struttura isolata, ma come luogo di cura temporaneo nel quale il bisogno clinico-assistenziale, il recupero dell'autonomia, la preparazione della famiglia e il raccordo con la rete devono trovare una risposta coerente.

L'analisi ha scelto di osservare tale funzione attraverso una prospettiva multidimensionale di performance management. Tale scelta consente di superare una lettura dell'OsCo fondata soltanto sui volumi o sui posti letto e di riportare l'attenzione sul significato reale della presa in carico. La Balanced Scorecard è stata utilizzata come riferimento teorico per evidenziare la necessità di considerare più dimensioni della performance, mentre il modello di Donabedian ha fornito l'architettura principale per ordinare gli indicatori in struttura, processo ed esito.

La scelta di questa prospettiva deriva dalla natura specifica dell'OsCo. Il presidio non può essere valutato soltanto sulla base del numero di ricoveri, della saturazione dei posti letto o della durata della degenza. La sua funzione comprende la selezione appropriata dei pazienti, la stabilizzazione clinica, il monitoraggio, il recupero o

mantenimento dell'autonomia, la preparazione della dimissione e il raccordo con i servizi territoriali. Una valutazione adeguata deve quindi considerare contemporaneamente elementi organizzativi, processi assistenziali, esiti clinico-funzionali ed esperienza della persona.

I dati disponibili mostrano differenze nella provenienza dei pazienti accolti presso Castelfranco Emilia e Fanano. Castelfranco Emilia presenta una prevalenza di accessi di provenienza ospedaliera, mentre Fanano mostra una composizione più equilibrata tra provenienza ospedaliera e territoriale. Queste differenze sono compatibili con una diversa collocazione funzionale dei due presidi, ma non consentono di formulare un giudizio comparativo di maggiore o minore efficacia. La composizione degli accessi può infatti riflettere il bacino di utenza, la distanza dai presidi per acuti, la disponibilità dei servizi territoriali e le caratteristiche della domanda locale.

Il registro Barthel del primo semestre 2025 dell'OsCo di Castelfranco Emilia, dopo la pulizia delle righe di riepilogo, comprende 178 dimissioni effettive. Il Barthel medio passa da 41,9 all'ingresso a 54,7 alla dimissione, con un guadagno medio di 12,8 punti; il domicilio è la destinazione più frequente, con 132 dimissioni su 178, pari al 74,2 per cento. Questi elementi sono coerenti con una funzione di transizione orientata alla stabilizzazione e al rientro nel contesto di vita, senza permettere di

attribuire il miglioramento funzionale esclusivamente all'azione dell'OsCo o di valutare in modo uniforme tutti i singoli percorsi.

L'analisi non dispone infatti di un gruppo di confronto, di un aggiustamento completo per il case-mix né di informazioni omogenee sui percorsi precedenti e successivi al ricovero. Analogamente, la dimissione al domicilio non può essere considerata automaticamente un esito positivo, se non viene interpretata insieme alla stabilità clinica, al livello di autonomia, alla presenza di un caregiver e all'attivazione dei servizi necessari.

Gli indicatori relativi ai trasferimenti verso l'acuto e ai rientri ospedalieri rappresentano segnali rilevanti per la sicurezza e la continuità del percorso. Nel 2025 sono stati registrati 16 rientri da Castelfranco Emilia verso presidi per acuti, di cui 2 entro cinque giorni dall'ingresso in OsCo. Tali episodi costituiscono elementi meritevoli di approfondimento clinico-organizzativo, ma non possono essere interpretati automaticamente come prova di inappropriatezza dell'accesso, di dimissione ospedaliera prematura o di responsabilità della struttura. Per attribuire un significato più preciso sarebbe necessario analizzare individualmente la casistica, i motivi del rientro, il profilo clinico, i tempi della dimissione, le informazioni trasmesse e i servizi disponibili dopo il rientro al domicilio.

Anche i risultati relativi alle riammissioni entro trenta giorni devono essere interpretati con cautela. Un rientro ospedaliero può dipendere da un evento potenzialmente prevenibile, ma anche dall'evoluzione non prevedibile di una patologia cronica complessa, dalla fragilità della persona, dalla disponibilità del caregiver o dalle condizioni della rete territoriale. L'indicatore è quindi utile per orientare l'audit, ma non è sufficiente, da solo, per formulare un giudizio sulla qualità dell'OsCo.

Anche le informazioni PREM e il materiale raccolto attraverso la telefonata post-dimissione confermano che la continuità non termina il giorno della dimissione. Informazione, rispetto e fiducia costituiscono elementi favorevoli, mentre il coinvolgimento negli obiettivi di cura e la dimensione relazionale meritano un approfondimento. I dubbi terapeutici, il bisogno di rassicurazione e le criticità pratiche emersi nei contatti successivi al ricovero non dimostrano l'efficacia della telefonata, ma rendono visibile un punto delicato del percorso: la persona e la famiglia possono sentirsi sole proprio quando il ricovero è finito e la quotidianità deve essere nuovamente organizzata.

La telefonata post-dimissione ha, infatti, fornito evidenze esplorative sui bisogni che possono emergere dopo il rientro al domicilio. Nei 22 contatti effettuati sono stati riferiti dubbi sulla terapia farmacologica, ansie legate alla gestione quotidiana e difficoltà pratiche riguardanti ausili, farmaci o alimentazione. Il dato più rilevante

non consiste nella dimostrazione di un effetto clinico della telefonata, che non può essere valutato con il disegno adottato, ma nella possibilità di rendere visibili criticità che durante il ricovero possono non essere completamente riconoscibili. La telefonata può quindi essere considerata uno strumento di ascolto e di apprendimento organizzativo, la cui efficacia dovrebbe essere valutata in studi successivi con criteri di inclusione, indicatori e periodi di osservazione definiti.

Da questa osservazione deriva una prima proposta di sviluppo. Accanto a un cruscotto periodico di indicatori e a un audit multiprofessionale dei re-ricoveri e dei rientri entro trenta giorni, potrebbe essere sperimentata una breve videochiamata di dimissione. Il colloquio, da realizzare con il consenso della persona e nel rispetto delle modalità aziendali di protezione dei dati, potrebbe coinvolgere il medico e l'infermiere dell'OsCo, il medico di medicina generale o l'Infermiere di Famiglia e Comunità, la persona assistita e il caregiver. La finalità non sarebbe sostituire la visita, né trasferire responsabilità tra servizi, ma allineare in modo semplice e tempestivo gli obiettivi assistenziali del primo periodo successivo al rientro.

In pochi minuti potrebbero essere condivisi il piano terapeutico, le priorità assistenziali, le capacità funzionali raggiunte, i segnali di allarme, i servizi già attivati, i riferimenti da contattare e le difficoltà che il caregiver ritiene più rilevanti. Un incontro di questo tipo potrebbe rendere più chiaro chi prosegue la presa in carico e ridurre il rischio che informazioni importanti restino frammentate tra

professionisti, persona e famiglia. La proposta ha natura innovativa ed esplorativa: prima di considerarla una pratica efficace, sarebbe necessario definirne criteri di inclusione, tempi, contenuti minimi, modalità di documentazione e indicatori di monitoraggio, verificando nel tempo sostenibilità, partecipazione e utilità percepita.

Il confronto con il 2018 mantiene esclusivamente un valore storico-descrittivo. I dati disponibili per la fase pre-pandemica sono aggregati e non consentono confronti individuali, aggiustamenti per case-mix o inferenze causali. Non è quindi possibile affermare che la pandemia, il PNRR o il D.M. 77/2022 abbiano prodotto direttamente le variazioni osservate. È però possibile riconoscere che la fase post-pandemica ha rafforzato l'attenzione istituzionale sulla prossimità, sulla continuità ospedale-territorio e sulla necessità di rendere misurabile il funzionamento della rete.

L'esperienza professionale, maturata nei servizi territoriali, nel case management e nel coordinamento, orienta la lettura di questi risultati verso la concretezza dei percorsi di cura. Il territorio richiede capacità di vedere insieme la persona, la famiglia, i professionisti e le risorse disponibili; richiede scelte organizzative che non perdano di vista ciò che accade davvero dopo una dimissione. In questa prospettiva, il ruolo di guida di una futura dirigenza sanitaria non consiste soltanto nel presidiare obiettivi e procedure, ma nel creare condizioni affinché le équipes

possano comunicare, assumersi responsabilità condivise e trasformare i dati in apprendimento.

La gestione prevalentemente infermieristica dell'OsCo può offrire un contributo rilevante a questa visione. Il coordinamento infermieristico, quando è inserito in una reale alleanza con medicina generale, COT, assistenza domiciliare, riabilitazione, servizi sociali e caregiver, aiuta a rendere la dimissione un passaggio assistito e non un semplice trasferimento logistico. La leadership territoriale può diventare, in questo senso, una guida capace di tenere insieme competenze differenti, dare continuità alle informazioni e sostenere una cultura orientata al miglioramento, senza perdere il contatto con la vita concreta delle persone.

I limiti del lavoro restano espliciti: il disegno è osservazionale; i perimetri temporali non sono omogenei; non sono disponibili aggiustamenti per case-mix, un gruppo di controllo, dati di costo o informazioni sufficienti per valutare formalmente carichi di lavoro, protocolli e fabbisogni formativi. Le conclusioni hanno quindi valore descrittivo e gestionale. Non certificano l'efficacia di singoli interventi, ma individuano priorità di monitoraggio e proposte da sottoporre a una verifica progressiva con i professionisti e con le persone coinvolte.

La direzione di sviluppo indicata dalla tesi è chiara: rendere l'OsCo sempre più capace di accompagnare la persona nella transizione, rendendo visibili i bisogni che

emergono tra un setting e l'altro e costruendo risposte condivise con la rete. Misurare le performance, in questo senso, non significa ridurre la cura a numeri. Significa dare ai servizi la possibilità di imparare dalla propria pratica e di orientare le decisioni verso ciò che conta di più: garantire alle persone fragili percorsi comprensibili, sicuri e realmente vicini alla loro vita quotidiana.

L'intero impianto metodologico salvaguarda il principio di non nuocere, traducendo le evidenze in proposte di approfondimento e in ipotesi operative che dovranno essere vagliate con i professionisti e con i servizi interessati.

9. Bibliografia

Bibliografia

- Regione Emilia Romagna. (2026, Maggio 13). Tratto da <https://assr.regione.emilia-romagna.it/attivita-internazionali/conclusi/lab-ita-bra>
- (2021, Aprile 27). Tratto da Conoscere il rischio clinico: <https://www.conoscereilrischioclinico.it/ospedale-di-comunita/>
- Behn, R. D. (2003). Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures. *Public Administration Review*.
- Betto. (2022). The Evolution of Balanced Scorecard in Healthcare: A Systematic Review of Its Design, Implementation, Use, and Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*.
- Bovens. (2007). Analysing and Assessing Accountability: A Conceptual Framework. *European Law Journal*.
- Centre for Research on Health and Social Care Management. (2021). Tratto da Report OASI 2021 : https://cergas.unibocconi.eu/observatories/oasi_/oasi-report-2021
- Coleman. (2008). The Central Role of Performance Measurement in Improving the Quality of Transitional Care.
- D'amour, D. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*.
- Delibera AUSL Modena. (2026, Giugno 03). Tratto da https://www.ausl.mo.it/media/Deliberaazione-n.-178-del-03.06.2026-DINT-Allegato-2_bis.pdf
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. *JAMA*.
- Esposito. (2014). Clinical audit, a valuable tool to improve quality of care: General methodology and applications in nephrology. *World Journal of Nephrology*.
- Focarile. (1998). *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*. Ed. Centro Scientifico Editore.
- Gazzetta Ufficiale. (2022, maggio 23). Tratto da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/SG>

- Hernán. (2020). *Causal Inference: What If*. Boca Raton: Chapman & Hall.
- Hurst. (Hurst). Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*.
- Kaplan. (1996). Linking the Balanced Scorecard to Strategy. *California Management Review*,.
- Kaplan, N. (1992). The balanced scorecard--measures that drive performance. *Harv Bus Rev*.
- Ministero della Salute. (2020). *Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del SSN*. Tratto da https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_3094_allegato.pdf
- Moore. (1995). *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Harvard University Press.
- Naylor. (2011). The Care Span: The Importance of Transitional Care in Achieving Health Reform. *Health Affairs*.
- Ocse: *malattie croniche in aumento, prevenzione decisiva per salute e crescita economica*. (2026, Aprile 16). Tratto da Panorama della sanità: <https://panoramadellasanita.it/site/ocse-malattie-croniche-in-aumento-prevenzione-decisiva-per-salute-e-crescita-economica/>
- Ocse: *Malattie croniche in aumento, prevenzione decisiva per salute e crescita economica*. (2026, Aprile 16). Tratto da Panorama della Sanità: <https://panoramadellasanita.it/site/ocse-malattie-croniche-in-aumento-prevenzione-decisiva-per-salute-e-crescita-economica/>
- OECD. (2024). *Rethinking Health System Performance Assessment*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Osservatorio sulla funzionalità delle aziende sanitarie italiane. (2010). *L'aziendalizzazione della sanità in Italia : rapporto OASI*.
- Pianori. (2021). The Contribution of Case Mix, Skill Mix and Care Processes to the Outcomes of Community Hospitals: A Population-Based Observational Study. . *International Journal of Integrated Care*.
- Population Pyramids of the World from 1950 to 2100*. (2026). Tratto da <https://www.populationpyramid.net/italy/2026/>

- Porter, M. (2010). What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*.
- Regione Emilia Romagna. (s.d.). Tratto da <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/ospedali-di-comunita>
- Regione Emilia Romagna. (s.d.). Tratto da <https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cure-intermedie-sirco>
- Regolamento Ausl Modena. (2025, Dicembre 23). Tratto da <https://www.ausl.mo.it/media/Del-376-del-23.12.2025-SUSP-Allegato-1.pdf>
- UNIBO. (s.d.). Tratto da <https://centri.unibo.it/csi/it/progetti/rersus-cure-intermedie-confronto-e-trasferimento-di-strumenti-gestionali-tra-italia-e-brasile>
- von, E. (2007). The Strengthening the reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for reporting Observational Studies. *PLoS Medicine*.
- WHO. (s.d.). Tratto da <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!>
- WHO. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva: World Health Organization.

Opere citate

- Regione Emilia Romagna. (2026, Maggio 13). Tratto da <https://assr.regione.emilia-romagna.it/attivita-internazionali/conclusi/lab-ita-bra>
- (2021, Aprile 27). Tratto da Conoscere il rischio clinico: <https://www.conoscereilrischioclinico.it/ospedale-di-comunita/>
- Behn, R. D. (2003). Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures. *Public Administration Review*.
- Betto. (2022). The Evolution of Balanced Scorecard in Healthcare: A Systematic Review of Its Design, Implementation, Use, and Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*.
- Bovens. (2007). Analysing and Assessing Accountability: A Conceptual Framework. *European Law Journal*.

- Centre for Research on Health and Social Care Management. (2021). Tratto da Report OASI 2021 : https://cergas.unibocconi.eu/observatories/oasi_/oasi-report-2021
- Coleman. (2008). The Central Role of Performance Measurement in Improving the Quality of Transitional Care.
- D'amour, D. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*.
- Delibera AUSL Modena. (2026, Giugno 03). Tratto da https://www.ausl.mo.it/media/Deliberazione-n.-178-del-03.06.2026-DINT-Allegato-2_bis.pdf
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. *JAMA*.
- Esposito. (2014). Clinical audit, a valuable tool to improve quality of care: General methodology and applications in nephrology. *World Journal of Nephrology*.
- Focarile. (1998). *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*. Ed. Centro Scientifico Editore.
- Gazzetta Ufficiale. (2022, maggio 23). Tratto da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/SG>
- Hernán. (2020). Causal Inference: What If. *Boca Raton: Chapman & Hall*.
- Hurst. (Hurst). Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*.
- Kaplan. (1996). Linking the Balanced Scorecard to Strategy. *California Management Review*,.
- Kaplan, N. (1992). The balanced scorecard--measures that drive performance. *Harv Bus Rev*.
- Ministero della Salute. (2020). *Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del SSN*. Tratto da https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_3094_allegato.pdf
- Moore. (1995). Creating Public Value: Strategic Management in Government. *Harvard University Press*.

- Naylor. (2011). The Care Span: The Importance of Transitional Care in Achieving Health Reform. *Health Affairs*.
- Ocse: *malattie croniche in aumento, prevenzione decisiva per salute e crescita economica*. (2026, Aprile 16). Tratto da Panorama della sanità: <https://panoramadellasanita.it/site/ocse-malattie-croniche-in-aumento-prevenzione-decisiva-per-salute-e-crescita-economica/>
- Ocse: *Malattie croniche in aumento, prevenzione decisiva per salute e crescita economica*. (2026, Aprile 16). Tratto da Panorama della Sanità: <https://panoramadellasanita.it/site/ocse-malattie-croniche-in-aumento-prevenzione-decisiva-per-salute-e-crescita-economica/>
- OECD. (2024). *Rethinking Health System Performance Assessment*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Osservatorio sulla funzionalità delle aziende sanitarie italiane. (2010). *L'aziendalizzazione della sanità in Italia : rapporto OASI*.
- Pianori. (2021). The Contribution of Case Mix, Skill Mix and Care Processes to the Outcomes of Community Hospitals: A Population-Based Observational Study. . *International Journal of Integrated Care*.
- Population Pyramids of the World from 1950 to 2100*. (2026). Tratto da <https://www.populationpyramid.net/italy/2026/>
- Porter, M. (2010). What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*.
- Regione Emilia Romagna. (s.d.). Tratto da <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/ospedali-di-comunita>
- Regione Emilia Romagna. (s.d.). Tratto da <https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cure-intermedie-sirco>
- Regolamento Ausl Modena. (2025, Dicembre 23). Tratto da <https://www.ausl.mo.it/media/Del-376-del-23.12.2025-SUSP-Allegato-1.pdf>
- UNIBO. (s.d.). Tratto da <https://centri.unibo.it/csi/it/progetti/tersus-cure-intermedie-confronto-e-trasferimento-di-strumenti-gestionali-tra-italia-e-brasile>
- von, E. (2007). The Strengthening the reporting of Observational Studies in Epidemiology(STROBE) Statement: Guidelines for reporting Observational Studies. *PLoS Medicine*.

WHO. (s.d.). Tratto da <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!>

WHO. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva: World Health Organization.

Riferimenti

Regione Emilia Romagna. (2026, Maggio 13). Tratto da <https://assr.regione.emilia-romagna.it/attivita-internazionali/conclusi/lab-ita-bra>

(2021, Aprile 27). Tratto da Conoscere il rischio clinico:
<https://www.conoscereilrischioclinico.it/ospedale-di-comunita/>

Behn, R. D. (2003). Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures. *Public Administration Review*.

Betto. (2022). The Evolution of Balanced Scorecard in Healthcare: A Systematic Review of Its Design, Implementation, Use, and Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*.

Bovens. (2007). Analysing and Assessing Accountability: A Conceptual Framework. *European Law Journal*.

Centre for Research on Health and Social Care Management. (2021). Tratto da Report OASI 2021 : https://cergas.unibocconi.eu/observatories/oasi_/oasi-report-2021

Coleman. (2008). The Central Role of Performance Measurement in Improving the Quality of Transitional Care.

D'amour, D. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*.

Delibera AUSL Modena. (2026, Giugno 03). Tratto da https://www.ausl.mo.it/media/Deliberazione-n.-178-del-03.06.2026-DINT-Allegato-2_bis.pdf

Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. *JAMA*.

Esposito. (2014). Clinical audit, a valuable tool to improve quality of care: General methodology and applications in nephrology. *World Journal of Nephrology*.

- Focarile. (1998). *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*. Ed. Centro Scientifico Editore.
- Gazzetta Ufficiale. (2022, maggio 23). Tratto da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/SG>
- Hernán. (2020). *Causal Inference: What If*. Boca Raton: Chapman & Hall.
- Hurst. (Hurst). Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*.
- Kaplan. (1996). Linking the Balanced Scorecard to Strategy. *California Management Review*,.
- Kaplan, N. (1992). The balanced scorecard--measures that drive performance. *Harv Bus Rev*.
- Ministero della Salute. (2020). *Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del SSN*. Tratto da https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_3094_allegato.pdf
- Moore. (1995). *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Harvard University Press.
- Naylor. (2011). The Care Span: The Importance of Transitional Care in Achieving Health Reform. *Health Affairs*.
- Ocse: *malattie croniche in aumento, prevenzione decisiva per salute e crescita economica*. (2026, Aprile 16). Tratto da Panorama della sanità: <https://panoramadellasanita.it/site/ocse-malattie-croniche-in-aumento-prevenzione-decisiva-per-salute-e-crescita-economica/>
- Ocse: *Malattie croniche in aumento, prevenzione decisiva per salute e crescita economica*. (2026, Aprile 16). Tratto da Panorama della Sanità: <https://panoramadellasanita.it/site/ocse-malattie-croniche-in-aumento-prevenzione-decisiva-per-salute-e-crescita-economica/>
- OECD. (2024). *Rethinking Health System Performance Assessment*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Osservatorio sulla funzionalità delle aziende sanitarie italiane. (2010). *L'aziendalizzazione della sanità in Italia : rapporto OASI*.

Pianori. (2021). The Contribution of Case Mix, Skill Mix and Care Processes to the Outcomes of Community Hospitals: A Population-Based Observational Study. . *International Journal of Integrated Care*.

Population Pyramids of the World from 1950 to 2100. (2026). Tratto da <https://www.populationpyramid.net/italy/2026/>

Porter, M. (2010). What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*.

Regione Emilia Romagna. (s.d.). Tratto da <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/ospedali-di-comunita>

Regione Emilia Romagna. (s.d.). Tratto da <https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cure-intermedie-sirco>

Regolamento Ausl Modena. (2025, Dicembre 23). Tratto da <https://www.ausl.mo.it/media/Del-376-del-23.12.2025-SUSP-Allegato-1.pdf>

UNIBO. (s.d.). Tratto da <https://centri.unibo.it/csi/it/progetti/rersus-cure-intermedie-confronto-e-trasferimento-di-strumenti-gestionali-tra-italia-e-brasile>

von, E. (2007). The Strengthening the reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for reporting Observational Studies. *PLoS Medicine*.

WHO. (s.d.). Tratto da <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!>

WHO. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva: World Health Organization.