UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in

Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie

Standardizzazione dei criteri di accesso alla riabilitazione domiciliare: un progetto di procedura aziendale nell'AST Pesaro Urbino

Standardizing access criteria for home-based rehabilitation: development of an organizational procedure in the AST of Pesaro Urbino

Relatrice

Dott.ssa Giovanna Diotallevi

Correlatrice

Dott.ssa Alice Agostini

Tesi di Laurea di

Grazia Pintus

A.A. 2025/2026

Ai progetti che diventano realtà e al nuovo domani che ci aspetta

ABSTRACT

Introduzione.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e il Decreto Ministeriale 77/2022 spingono verso una riorganizzazione uniforme dell'assistenza domiciliare sul territorio nazionale. Nell'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Pesaro Urbino, il Servizio di Assistenza Riabilitativa Domiciliare (ARD) - gestito in appalto e distribuito su tre distretti - non disponeva tuttavia di un documento unico che ne definisse in modo esplicito i criteri di accesso, le priorità e le responsabilità, con il rischio di prassi disomogenee tra Pesaro, Fano e Urbino. La letteratura internazionale, come mostrato nel presente lavoro, non offre a oggi modelli di governance validati specificamente per l'accesso alla riabilitazione domiciliare.

Obiettivo.

Sviluppare una procedura aziendale unificata per l'accesso al servizio ARD nei tre distretti dell'AST Pesaro Urbino, corredata di strumenti di screening preliminari, di una matrice di responsabilità e di indicatori di processo per il monitoraggio.

Metodi.

Il lavoro ha integrato una revisione della letteratura sui criteri organizzativi di accesso alla riabilitazione domiciliare con un'analisi del contesto operativo dell'AST PU. Su questa base è stata redatta una procedura aziendale, articolata per tipologia di segnalazione e codice di priorità, accompagnata da cinque checklist di supporto alla decisione - una generale e quattro specifiche per ambito professionale - e da una matrice RACI. Tre indicatori di processo, costruiti sui dati storici del servizio, sono stati verificati su un primo semestre di applicazione nel distretto di Pesaro.

Risultati.

La revisione della letteratura ha incluso dodici studi, confermando l'assenza di modelli di governance validati per la riabilitazione domiciliare. Il risultato di questo lavoro è stata la creazione di una procedura aziendale che prevede percorsi distinti per dimissioni protette e

altre segnalazioni, tre codici di priorità e tempistiche di attivazione differenziate. All'interno di questa sono state anche create checklist specifiche. Il semestre di monitoraggio si è caratterizzato dalla raccolta dati sul solo distretto di Pesaro per la creazione degli standard procedurali. A termine del periodo analizzato, gli standard procedurali sono risultati pari al 98% per le prese in carico post-protesi e al 100% per le altre dimissioni protette.

Conclusioni. La procedura, le checklist e gli strumenti di monitoraggio qui sviluppati costituiscono una base tecnico-scientifica solida a supporto del gruppo di lavoro aziendale che l'AST PU dovrà costituire per la loro definizione e adozione formale. In un'area della letteratura ancora priva di modelli di riferimento validati, un caso locale, comprensivo di risultati e limiti, rappresenta un contributo utile alla riflessione su come organizzare l'accesso alla riabilitazione domiciliare.

Parole chiave: riabilitazione domiciliare, presa in carico, standardizzazione, procedura aziendale, disfagia, continuità assistenziale, governance multiprofessionale, PNRR, DM 77/2022, qualità dell'assistenza.

INDICE

1. Introduzione

1.1 Il quadro di sistema: dalla riforma del SSN al PNRR

1.2 La riabilitazione domiciliare tra dati epidemiologici e bisogni della popolazione

1.3 L'AST Pesaro Urbino: il servizio ARD tra i tre distretti e il modello in appalto

1.4 Il problema organizzativo che ha originato il progetto

1.5 Riferimenti normativi: dal DPCM 2017 al DM 77/2022

2. Analisi della Letteratura

2.1 Metodologia e razionale della revisione della letteratura sui criteri di accesso

2.2 Le overview Cochrane sulla riabilitazione: un vuoto di evidenze sulla governance e indicazioni parziali sull'implementazione

2.3 Strumenti di classificazione e valutazione multidimensionale per l'organizzazione dell'assistenza domiciliare

2.4 Criteri di priorità e strumenti di triage nell'accesso ai servizi domiciliari

2.5 Tempistica di attivazione, transizioni di cura ed esiti organizzativi

2.6 Sintesi delle evidenze: elementi ricorrenti e limiti della letteratura disponibile

2.7 Disfagia neurogenica: epidemiologia, rischi e gestione strutturata

3. Obiettivi

3.1 Obiettivo primario

3.2 Obiettivi secondari

4. Materiali e Metodi

4.1 Approccio metodologico

4.2 Setting, periodo e protagonisti del processo

4.3 Analisi del contesto: il diagramma di Ishikawa applicato al servizio ARD

4.4 Dalla diagnosi organizzativa alla redazione della procedura

4.5 Le checklist di screening: criteri di adozione e adattamento al contesto

4.6 La matrice RACI e gli indicatori di processo

4.7 Considerazioni etiche

4.8 Analisi SWOT del progetto

5. Risultati

5.1 La procedura aziendale: struttura, percorsi e criteri di accesso

5.2 Matrice RACI: chi fa cosa nel processo di presa in carico

5.3 Indicatori di processo e standard di monitoraggio

6. Discussione

6.1 Dal criterio implicito al criterio esplicito: il principio unificante dei risultati

6.2 I risultati alla luce della letteratura

6.3 Implicazioni teoriche e applicative

7. Conclusioni

8. Bibliografia

9. Allegati

1. INTRODUZIONE

1.1 Il quadro di sistema: dalla riforma del SSN al PNRR

La riabilitazione domiciliare si colloca oggi al centro di una profonda trasformazione del sistema sanitario italiano. Nel 2026, parlare di assistenza riabilitativa erogata al domicilio significa inserirsi in un contesto in cui l'organizzazione dei servizi è oggetto di un progressivo ripensamento rispetto ai modelli che hanno caratterizzato il Servizio Sanitario Nazionale per decenni. L'ospedale, tradizionalmente fulcro dell'assistenza, tende sempre più ad assumere il ruolo di luogo dedicato alla gestione delle condizioni acute ad alta intensità di cura mentre la presa in carico delle persone con patologie croniche, disabilità e condizioni di fragilità si sposta progressivamente verso il territorio.

Questo orientamento non rappresenta una novità sul piano dei principi: già la Legge 833 del 1978, aveva riconosciuto all'assistenza territoriale un ruolo centrale nell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Ciò che appare nuovo è la concreta possibilità di tradurre tali principi in modelli organizzativi, percorsi assistenziali e pratiche professionali, grazie al quadro normativo e agli investimenti sviluppati negli ultimi anni.

Le definizioni con cui oggi si intendono le cure domiciliari derivano da una stratificazione normativa che affonda le proprie radici in un passato più lontano di quanto la recente attenzione mediatica sul tema potrebbe suggerire. È il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 a fornire in modo organico, la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), includendo tra le prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale l'assistenza programmata erogata al domicilio del paziente [(1)] - definizione poi ripresa e aggiornata dal DPCM 12 gennaio 2017. Su questa base si è progressivamente sviluppato un sistema di monitoraggio nazionale dedicato: il Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008 ha istituito, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, il Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), rendendo per la prima volta possibile rilevare in modo omogeneo, su tutto il territorio nazionale, gli interventi sanitari e sociosanitari programmati erogati al domicilio dei pazienti presi in carico. [(2)]

In questo contesto, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, attraverso la Missione 6 “Salute”, ha destinato risorse significative al potenziamento dell’assistenza domiciliare, individuando come obiettivo il raggiungimento, entro il 2026, di una copertura pari al 10% della popolazione con età superiore ai 65 anni. A definire l’assetto organizzativo della rete territoriale è intervenuto successivamente il Decreto Ministeriale 77 del 23 maggio 2022, che ha introdotto strutture e strumenti quali le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali. Si tratta di una riforma che modifica non soltanto l’organizzazione dei servizi, ma anche i processi di lavoro, le responsabilità professionali e le modalità di presa in carico delle persone. [3,4]

Per i professionisti della riabilitazione, questo scenario pone una questione concreta: come organizzare un servizio di riabilitazione domiciliare che sia al tempo stesso equo, appropriato e sostenibile? I riferimenti normativi definiscono la cornice entro cui i servizi sono chiamati a svilupparsi, ma lasciano alle aziende sanitarie e ai professionisti il compito di tradurre tali indirizzi in modelli organizzativi efficaci. Il presente lavoro nasce da questa esigenza e si propone di intervenire nel percorso attraverso il quale l’AST Pesaro Urbino sta sviluppando il proprio modello di riabilitazione domiciliare.

1.2 La riabilitazione domiciliare tra dati epidemiologici e bisogni della popolazione

Il territorio provinciale di Pesaro e Urbino ha caratteristiche demografiche che rendono particolarmente urgente la questione della riabilitazione di prossimità. Una popolazione anziana numericamente rilevante, distribuita su un territorio che combina aree costiere densamente abitate ad aree interne con dispersione insediativa significativa, pone sfide logistiche e organizzative che le strutture ambulatoriali tradizionali faticano a soddisfare. Nel 2024, dagli ultimi dati Istat, l’età media nel territorio Marchigiano è stata di 47,9 anni, in lieve aumento rispetto al 2023 (47,7) e superiore alla media nazionale (46,9 anni). Nei piccolissimi comuni (fino a 100 abitanti), spesso lontano dalle aree costiere, il processo di invecchiamento è più accentuato, con un’età media di 51,0 anni e un indice di vecchiaia pari a 345,5. Per molti pazienti anziani con limitazioni motorie gravi, raggiungere un ambulatorio

è semplicemente impossibile senza un supporto organizzato che non sempre il contesto familiare riesce a garantire.

Questi bisogni assistenziali sono, almeno in linea di principio, rilevabili in modo sistematico: a livello regionale, la rilevazione degli interventi di assistenza domiciliare avviene attraverso il flusso informativo SIAD istituito dal Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008, il cui corretto utilizzo nelle Marche è stato disciplinato dall'Azienda Sanitaria Unica Regionale con apposite linee guida per l'inserimento omogeneo degli eventi di cura domiciliare, vincolanti per tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati accreditati. Gli stessi autori di tali linee guida segnalano tuttavia un limite rilevante: la lettura dei dati raccolti a livello regionale ha evidenziato un'estrema variabilità delle risposte assistenziali tra i diversi territori, variabilità da attribuire verosimilmente non tanto a reali differenze nei bisogni o nell'offerta, quanto alla disomogeneità delle modalità di inserimento dei dati nel tracciato informativo - un'osservazione che anticipa, su un piano diverso, la stessa esigenza di standardizzazione dei criteri che ha motivato il presente lavoro. (5)

Le patologie che più spesso determinano l'accesso al servizio ARD includono gli esiti di ictus cerebrale, le fratture di femore e le protesi ortopediche, le patologie neurodegenerative come la malattia di Parkinson e la sclerosi laterale amiotrofica, le insufficienze respiratorie in fase di stabilizzazione, le neuropatie periferiche e le disabilità complesse dell'età evolutiva. In tutti questi quadri, l'intervento riabilitativo al domicilio non è un'alternativa di serie B rispetto all'ambulatorio: è la risposta più appropriata, quella che consente di intervenire nel contesto reale di vita del paziente, di coinvolgere attivamente il caregiver familiare, di prevenire le complicanze legate all'immobilizzazione e all'isolamento.

1.3 L'AST Pesaro Urbino: il servizio ARD tra i tre distretti e il modello in appalto

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro Urbino è stata istituita dalla Legge Regionale Marche n. 19 del 2022 nel quadro di una riorganizzazione complessiva del Servizio Sanitario Regionale. Essa gestisce le funzioni di salute pubblica, assistenza primaria, assistenza

domiciliare e prestazioni ambulatoriali sull'intero territorio provinciale, articolato in tre distretti sanitari: Pesaro, Fano e Urbino. (6)

Il Servizio di Assistenza Riabilitativa Domiciliare opera trasversalmente ai tre distretti ed è organizzato in modo peculiare rispetto alla media delle aziende sanitarie italiane: si tratta di un servizio in cessione, la cui gestione operativa - prestazioni fisioterapiche, logopediche e neuropsicomotorie - è affidata tramite Accordo Quadro a un Raggruppamento Temporaneo di Imprese (RTI) esterno, individuato con procedura aperta ai sensi del Codice dei Contratti Pubblici (7) per una durata di cinque anni. La scelta di affidare il servizio come lotto unico e non frazionabile tra i tre distretti - anziché con affidamenti distinti per ciascun territorio - è motivata dalla relazione tecnico-illustrativa di gara con la necessità di garantire una regia e un coordinamento unitari per un servizio ritenuto indispensabile ai fini dei Livelli Essenziali di Assistenza: una scelta che, sul piano amministrativo, persegue lo stesso obiettivo di unitarietà tra i distretti a cui risponde, sul piano clinico-organizzativo, la procedura sviluppata nel presente lavoro. Il Capitolato speciale d'appalto che disciplina il servizio definisce puntualmente compiti e responsabilità reciproche: l'appaltatore organizza in piena autonomia risorse strumentali, finanziarie e umane, assumendo il rischio d'impresa e garantendo il rispetto degli standard minimi di personale, mentre l'AST PU mantiene in capo a sé la direzione programmatica, la definizione dei criteri di ammissione/dimissione, la valutazione multidimensionale dei bisogni e il controllo sull'andamento del piano assistenziale. (8)

Il governo dell'appalto è affidato a due figure distinte, entrambe disciplinate dall'art. 114, comma 7, del Codice dei Contratti Pubblici. Per il presente appalto, le due figure sono ricoperte da soggetti diversi: il Responsabile Unico del Progetto (RUP) è la dott.ssa Chiara D'Eusanio, mentre il Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC) è la dott.ssa Giovanna Diotallevi. Il Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC) è la figura a cui, per le prestazioni di importo e complessità rilevanti - come nel caso di specie, trattandosi di un accordo quadro quinquennale di valore ampiamente superiore alla soglia dei 500.000 euro individuata dalla norma come criterio per la nomina di un DEC distinto dal Responsabile Unico del Progetto (RUP) - sono affidate le funzioni di coordinamento, direzione e controllo tecnico-contabile dell'esecuzione del contratto. Applicate a un servizio sanitario, queste

funzioni si traducono nella verifica della conformità delle prestazioni erogate al Capitolato e all'offerta tecnica, nel controllo dei requisiti abilitativi e di iscrizione all'albo del personale impiegato dall'appaltatore, nella vigilanza sugli standard qualitativi e di sicurezza (come la verifica dei protocolli clinici stabiliti e il rispetto dei tempi d'attesa dell'utenza), nella tenuta della contabilità del contratto e nella proposta al RUP dei certificati di regolare esecuzione, oltre che nell'emissione di ordini di servizio vincolanti in caso di difformità riscontrate nell'erogazione delle prestazioni riabilitative e dei LEA.

La medesima norma prevede che il DEC possa avvalersi dell'ausilio di uno o più Direttori Operativi, individuati in relazione alla complessità dell'appalto o alla sua articolazione su più sedi territoriali - esattamente la situazione dei tre distretti dell'AST PU. Il Direttore Operativo svolge un controllo operativo e continuativo sul campo, distinto dalla supervisione strategico-contrattuale del DEC: effettua sopralluoghi per verificare la continuità del servizio e la corretta tenuta della documentazione clinica, monitora quotidianamente la presenza e i flussi del personale sociosanitario, e segnala tempestivamente al DEC eventuali criticità organizzative o interruzioni del servizio, corredando la segnalazione di una relazione tecnica quando la criticità non sia direttamente risolvibile con l'appaltatore.

Distinta da questa figura è quella del Referente della Riabilitazione, corrispondente all'Incarico di Funzione Organizzativa (IFO) individuato per ciascun distretto, a cui compete la responsabilità organizzativa dell'effettiva presa in carico riabilitativa. È il Referente della Riabilitazione ad assegnare il caso al coordinatore della cooperativa appaltatrice una volta che l'Unità di Valutazione Integrata ne ha approvato la presa in carico, oltre a organizzare e partecipare agli incontri periodici con i referenti dedicati al governo delle attività cliniche. Nella prassi organizzativa dell'AST PU le due funzioni, cioè il monitoraggio contrattuale del servizio in cessione (a supporto del DEC), e la responsabilità clinico-organizzativa della presa in carico, propria dell'Incarico di funzione organizzativa della Riabilitazione, sono attualmente attribuite alla medesima persona per ciascun distretto; si tratta tuttavia di due ruoli funzionalmente distinti, e a questa distinzione si attiene il presente lavoro ogni volta che nomina l'una o l'altra figura. [(9)]

Accanto a queste figure, il Capitolato individua un ulteriore livello di responsabilità aziendale: i Direttori di Distretto, ai quali compete una responsabilità diretta di monitoraggio e controllo sullo svolgimento del servizio nell'ambito del proprio territorio, complementare rispetto al presidio contrattuale assicurato dal DEC e dal Direttore Operativo. Un'articolazione a livelli è richiesta anche sul versante dell'appaltatore, che deve dotarsi di un Responsabile del Servizio Appaltato - principale interlocutore dell'Amministrazione per la gestione generale dell'appalto, munito di poteri di delega adeguati e di un sostituto qualificato per i casi di assenza o impedimento - e di un referente o coordinatore per ciascuno dei tre distretti, che rappresenta il livello operativo decentrato dell'impresa e si rapporta direttamente con il Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC).

Questa struttura organizzativa, adottata anche da altre aziende sanitarie che hanno scelto di affidare in appalto l'erogazione dei servizi domiciliari, richiede un sistema di governo capace di coniugare flessibilità gestionale e omogeneità organizzativa. In tale contesto, assume particolare rilevanza la definizione di strumenti condivisi che orientino i processi assistenziali e favoriscano l'uniformità dei comportamenti professionali sull'intero territorio aziendale, pur nel rispetto delle specificità dei singoli distretti. La procedura aziendale unificata oggetto del presente lavoro si inserisce in questa prospettiva di miglioramento organizzativo, con l'obiettivo di consolidare criteri comuni per la presa in carico, l'erogazione delle prestazioni e il coordinamento tra i diversi attori coinvolti nel servizio, contribuendo a rendere più omogenea, trasparente e governabile l'attività della riabilitazione domiciliare nell'AST Pesaro Urbino.

1.4 L'esigenza organizzativa che ha originato il progetto

L'analisi del contesto organizzativo ha permesso di ricostruire con precisione l'esigenza che il progetto si propone di affrontare. Prima dell'avvio del presente lavoro, il servizio ARD dell'AST PU non disponeva di un documento procedurale unificato che definisse i criteri di eleggibilità per la presa in carico riabilitativa domiciliare, le modalità di attivazione del servizio da parte dei diversi soggetti invianti, le tempistiche di risposta in funzione dell'urgenza clinica, e la distribuzione delle responsabilità tra i vari attori del processo. Ogni

distretto aveva sviluppato nel tempo prassi proprie, più o meno formalizzate, che riflettevano la storia dei singoli servizi e le relazioni consolidate tra i professionisti locali, ma che non erano né documentate né verificabili.

Le conseguenze pratiche di questa situazione erano di almeno tre tipi. Sul piano dell'equità: pazienti con caratteristiche cliniche simili avrebbero potuto ricevere risposte diverse a seconda del distretto in cui risiedevano, non in ragione di una valutazione clinica differenziata ma semplicemente per effetto della variabilità nelle prassi locali. Sul piano dell'appropriatezza: in assenza di criteri espliciti, la decisione di attivare o meno il servizio domiciliare era lasciata in larga misura alla discrezionalità dei professionisti che gestivano la segnalazione a livello distrettuale, con il rischio di attivazioni inappropriate o, all'opposto, di mancate attivazioni in casi che ne avrebbero beneficiato. Sul piano della sicurezza clinica: nel caso delle segnalazioni logopediche per sospetta disfagia, l'assenza di uno strumento strutturato per la valutazione preliminare avrebbe potuto esporre al rischio di attivare il servizio in condizioni cliniche controindicanti o, viceversa, di non intercettare situazioni a rischio elevato di complicanze da aspirazione.

1.5 Riferimenti normativi

Il riferimento normativo fondamentale per l'organizzazione delle cure domiciliari è rappresentato dal DPCM 12 gennaio 2017, che ha aggiornato i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). In particolare, l'articolo 22 disciplina le cure domiciliari, definendole come l'insieme delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate al domicilio della persona con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale nei confronti di pazienti non autosufficienti o affetti da patologie croniche. Il decreto stabilisce che il Servizio sanitario nazionale assicuri al domicilio dell'assistito prestazioni di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, nonché prestazioni diagnostiche e interventi di supporto assistenziale, erogate nell'ambito di programmi assistenziali personalizzati definiti sulla base della valutazione multidimensionale dei bisogni della persona. [10]

Il ruolo della riabilitazione nel sistema sanitario era già stato ulteriormente definito dal Piano di indirizzo per la riabilitazione, approvato con Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011,

che definisce la riabilitazione come un processo assistenziale finalizzato a consentire alla persona con disabilità di raggiungere il miglior livello possibile di autonomia e partecipazione sociale. Il documento sottolinea come gli interventi riabilitativi devono essere garantiti lungo l'intero percorso assistenziale, comprendendo ospedale, strutture riabilitative, servizi territoriali e domicilio della persona assistita. (11)

Le stesse indicazioni trovano sviluppo nelle Linee di indirizzo per l'individuazione dei percorsi appropriati nella rete di riabilitazione, che collocano la riabilitazione domiciliare tra i setting assistenziali fondamentali per garantire la continuità del percorso riabilitativo e l'appropriatezza degli interventi, soprattutto nei confronti di pazienti con limitazioni funzionali o difficoltà di accesso ai servizi ambulatoriali. (12)

Nel modello organizzativo delineato dalla normativa regionale, il Punto Unico di Accesso (PUA) inizialmente era stato concepito come la struttura deputata alla gestione della domanda assistenziale e all'orientamento dell'utente nel sistema dei servizi. Nella sua impostazione originaria, il PUA riceve la richiesta - formulata dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta - effettua una prima valutazione per distinguere i bisogni semplici da quelli complessi e, per questi ultimi, attiva direttamente l'Unità di Valutazione Integrata (UVI) ai fini della valutazione multidimensionale, garantendo in tal modo un accesso unitario ai servizi sanitari e sociosanitari. (13)

Questo assetto ha conosciuto un'evoluzione rilevante con l'istituzione, ad opera del Decreto Ministeriale 77/2022, della Centrale Operativa Territoriale (COT), a cui la norma attribuisce un ruolo di "regia" nella governance dei percorsi assistenziali. La COT non svolge una funzione meramente burocratica, ma agisce come hub logistico e comunicativo che garantisce la continuità delle cure tra i diversi setting assistenziali - ospedale, strutture riabilitative e domicilio - coordinando la presa in carico del paziente e assicurando che l'attivazione dei servizi riabilitativi avvenga in modo tempestivo e integrato con l'Assistenza Domiciliare Integrata, in coerenza con quanto definito nel Piano Assistenziale Individualizzato o nel Progetto Riabilitativo Individuale.(14) La Regione Marche ha successivamente dato attuazione a questo modello con le Linee di indirizzo delle Centrali Operative Territoriali, che descrivono la COT come la struttura che monitora e traccia i

processi di transizione dei pazienti tra i servizi e attiva le risorse formali e informali del territorio di competenza, indipendentemente dall'età dell'assistito. (15)

L'istituzione della COT ha comportato, nella pratica, una progressiva ridefinizione dei compiti rispetto al PUA descritto in apertura di paragrafo. Le due strutture risultano oggi assimilabili a due punti di accesso con target distinti: la COT per un ambito specifico, riconducibile principalmente all'assistenza domiciliare e alla medicina territoriale, il PUA per la generalità dei cittadini e la rete del welfare di comunità.(16) Coerentemente con questa distinzione, nell'assetto attualmente in vigore presso l'AST PU le richieste di attivazione delle cure domiciliari provenienti dai Medici di Medicina Generale, dagli specialisti e dai percorsi di dimissione protetta sono convogliate attraverso la COT, che ne cura l'istruttoria e, ove necessario, l'attivazione dell'UVI: è dunque la COT, oggi, a svolgere la funzione di attivazione della valutazione multidimensionale originariamente attribuita al PUA. Il PUA, dal canto suo, resta il riferimento a cui il cittadino può rivolgersi direttamente per informazioni sui servizi disponibili o per l'invio di documentazione, senza svolgere più tale funzione di attivazione diretta.

Un elemento particolarmente rilevante nel percorso di attivazione delle cure domiciliari è rappresentato dal processo di dimissione protetta, che consente di garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio nei confronti dei pazienti fragili o non autosufficienti. In questo ambito assumono particolare rilievo le Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta, approvate dalla Regione Marche con DGR n. 1237 del 18 ottobre 2021, che definiscono le modalità organizzative per la presa in carico territoriale dei pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere. Il provvedimento prevede l'attivazione precoce dei servizi territoriali e la collaborazione tra ospedale, distretto e servizi domiciliari al fine di garantire la continuità delle cure e prevenire ricoveri impropri o ripetuti. (17)

Un ulteriore elemento centrale nell'organizzazione delle cure domiciliari è rappresentato dalla classificazione dei pazienti secondo il livello di complessità assistenziale. Il principio di una differenziazione dell'intensità assistenziale in base alla complessità del bisogno trova il proprio fondamento a livello nazionale già nei Livelli Essenziali di Assistenza, che

distinguono le cure domiciliari in diversi profili di cura fin dal DPCM 29 novembre 2001[1] e ne confermano l'impianto nell'aggiornamento operato dal DPCM 12 gennaio 2017.[10]

Lo strumento con cui questa differenziazione viene operativamente misurata è il coefficiente di intensità assistenziale (CIA), che quantifica il livello di impegno necessario per la gestione del paziente al domicilio e consente di programmare in modo appropriato l'erogazione delle prestazioni; il CIA è calcolato come rapporto tra il numero di accessi effettuati e il numero di giornate di assistenza erogate nel corso del periodo di presa in carico. A livello regionale, tale impostazione è stata ripresa e resa vincolante dal manuale di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni che erogano cure domiciliari, che ne individua l'articolazione in quattro livelli.[18] Il livello base-prestazionale (CIA inferiore a 0,14) prevede l'intervento di infermiere, professionisti della riabilitazione e medico di medicina generale, con copertura di 5 giorni su 7. Le Cure Domiciliari Integrate di I livello (CIA tra 0,14 e 0,30) mantengono la stessa copertura settimanale ma aumentano i tempi dedicati e includono l'operatore sociosanitario. Le Cure Domiciliari Integrate di II livello (CIA tra 0,31 e 0,50) estendono la copertura a 7 giorni su 7. Le Cure Domiciliari Integrate di III livello (CIA superiore a 0,50), comprensive delle cure palliative per i malati terminali, prevedono il coinvolgimento aggiuntivo di dietista e psicologo, sempre con copertura di 7 giorni su 7. Il Decreto Ministeriale 29 aprile 2022 ha ulteriormente specificato, a livello nazionale, le linee guida organizzative sul modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, prevedendo tra l'altro la pianificazione degli accessi domiciliari sull'intera settimana in base alla complessità clinico-assistenziale del paziente.[19] La corretta classificazione del paziente nei livelli sopra descritti condiziona inoltre l'alimentazione del flusso informativo SIAD per il quale le linee guida regionali richiedono una compilazione omogenea e di qualità su tutto il territorio.[20]

La classificazione dei pazienti secondo il livello di intensità assistenziale assume un ruolo rilevante anche ai fini della programmazione e della sostenibilità economica del sistema delle cure domiciliari. La Regione Marche, attraverso la Deliberazione della Giunta Regionale n. 791 del 2014, ha definito il modello organizzativo delle cure domiciliari e il relativo sistema di remunerazione delle prestazioni. Il provvedimento prevede che l'erogazione delle

prestazioni domiciliari sia organizzata secondo diversi livelli di complessità assistenziale e stabilisce specifiche tariffe per le prestazioni erogate al domicilio, differenziate in relazione alla tipologia di intervento e alla figura professionale coinvolta. Il sistema tariffario regionale comprende prestazioni infermieristiche, mediche e riabilitative erogate nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata e prevede una remunerazione basata sul livello di intensità assistenziale e sulla durata del programma assistenziale. Si viene così a creare una maggiore coerenza tra la complessità del bisogno assistenziale e le risorse impiegate per la presa in carico domiciliare, favorendo al tempo stesso una gestione più efficiente dei servizi territoriali. [21]

Questo quadro normativo configura la riabilitazione domiciliare come uno strumento fondamentale per la gestione delle condizioni di disabilità e per la promozione dell'autonomia funzionale della persona assistita.

2. ANALISI DELLA LETTERATURA

2.1 Metodologia e razionale della revisione della letteratura sui criteri di accesso

Prima di procedere alla progettazione della procedura aziendale, è stata condotta una revisione della letteratura finalizzata a ricostruire lo stato dell'evidenza scientifica disponibile sui criteri e sugli strumenti organizzativi per l'accesso all'assistenza domiciliare.

La revisione è stata condotta interrogando tre banche dati bibliografiche: PubMed/MEDLINE, CINAHL Complete (EBSCOhost) e Cochrane Library.

Per la formulazione del quesito è stato inizialmente considerato il modello PICOS, comprensivo di un braccio di comparazione (C) e di un vincolo esplicito sul disegno di studio (S). Una prima ricognizione condotta secondo questo schema non ha tuttavia restituito risultati: il quesito, così strutturato, presupponeva implicitamente un confronto tra la presenza e l'assenza di criteri di accesso espliciti, una condizione di comparazione che la letteratura disponibile su un tema organizzativo e descrittivo come questo non è nella posizione di

fornire, non esistendo studi controllati che mettano a confronto servizi domiciliari con e senza criteri di ammissione. È stato quindi adottato un modello PIO (Popolazione, Intervento, Esiti), più coerente con un quesito descrittivo-esplorativo volto a indagare quali strumenti, criteri e fattori organizzativi la letteratura documenta in relazione all'accesso ai servizi domiciliari, senza presupporre un disegno comparativo. La Tabella 1 riporta la definizione operativa delle tre componenti adottate.

Tabella 1 - Modello PIO

Componente PIO	**Definizione operativa adottata**
P - Popolazione	Assistenza domiciliare
I - Intervento	Procedure standardizzate, criteri di accesso/ammissione, protocolli di triage per l'accesso al servizio
O - Esiti	Esiti manageriali/organizzativi: tempi di attesa, efficienza, allocazione delle risorse, equità/coerenza dell'accesso, carico di lavoro, aderenza ai criteri, costi organizzativi

Anche circoscritta al modello PIO, la ricerca iniziale - focalizzata sui soli criteri di accesso alla riabilitazione domiciliare - non ha restituito risultati pertinenti; il quesito è stato pertanto allargato all'assistenza domiciliare in senso più ampio (home care, home health care), mantenendo però una preferenza per gli studi relativi alla riabilitazione o a interventi a essa assimilabili - terapia occupazionale, logopedia, fisioterapia, assistenza infermieristica domiciliare - ogniqualvolta disponibili. Per lo stesso motivo, il disegno di studio non è stato vincolato a priori alle sole revisioni sistematiche, meta-analisi e sintesi qualitative: sono stati ammessi all'eleggibilità anche disegni di studio primario (studi trasversali, studi osservazionali retrospettivi, studi di simulazione, studi qualitativi, studi di sviluppo e validazione di strumenti), a condizione che l'esito primario indagato fosse un esito organizzativo o gestionale - fattori di implementazione, criteri di eleggibilità o priorità, carico di lavoro, allocazione delle risorse, tempi di attesa o di presa in carico, validità e affidabilità

degli strumenti di accesso - e non l'efficacia clinica dell'intervento riabilitativo o assistenziale in sé, che esula dall'oggetto del presente lavoro. Sono stati inclusi soltanto studi pubblicati negli ultimi dieci anni (2016-2026) e disponibili in full text.

Applicando questi criteri, la ricerca ha recuperato un totale di 1425 record (PubMed 113, Cochrane Library 830, CINAHL 482). Dopo la rimozione di 4 duplicati, i record sottoposti a screening sono stati 1421. Lo screening di titolo e abstract ha portato a 23 studi potenzialmente eleggibili (PubMed 11, Cochrane Library 5, CINAHL 7); di questi, uno è stato escluso perché non è stato possibile reperirne il full text. Sono stati quindi sottoposti a valutazione in full text 22 documenti. Al termine della valutazione di eleggibilità sono stati inclusi nella sintesi 12 studi (Tabella 2), mentre 10 documenti sono stati esclusi (Tabella 3). Le dieci esclusioni, pur riguardando ciascuna uno studio singolo, sono riconducibili a quattro categorie ricorrenti rispetto al modello PIO adottato. Tre esclusioni derivano da una popolazione non pertinente: uno studio riguardava i sistemi sanitari dei paesi a basso reddito nel loro complesso e non l'assistenza domiciliare, uno le liste d'attesa per l'ammissione in strutture residenziali (RSA) anziché al domicilio, e uno gli indicatori di qualità delle cure primarie in generale, in cui l'accesso all'assistenza domiciliare compariva soltanto come uno fra trentaquattro indicatori marginali. Tre esclusioni derivano da un esito non pertinente: gli studi, pur condotti in ambito domiciliare o assimilabile, misuravano l'efficacia clinica di un intervento o il benessere percepito del paziente - mortalità, ospedalizzazioni, fattori di rischio nutrizionale, qualità di vita - e non un esito organizzativo o di accesso, in coerenza con il criterio di eleggibilità che esclude la sola efficacia clinica dall'oggetto della revisione. Tre esclusioni derivano da un intervento non pertinente: la sostituzione di competenze professionali tra medico e infermiere nelle cure primarie, un modello di case-mix sviluppato per finalità di remunerazione delle prestazioni piuttosto che di accesso al servizio, e uno strumento di supporto alla scelta del paziente tra opzioni di cura equivalenti piuttosto che ai criteri con cui un professionista stabilisce l'eleggibilità. Un'ultima esclusione riguarda infine il disegno dello studio: un commentary riflessivo su un singolo ambulatorio rurale, privo di una metodologia di ricerca strutturata e quindi non comparabile per rigore agli altri undici

studi primari inclusi. La Tabella 3 riporta il dettaglio dei singoli studi esclusi con la motivazione puntuale attribuita a ciascuno.

Tabella 2 - Studi inclusi nella sintesi (n=12)

Autore, anno	**Paese**	**Disegno**	**Ambito**
Atkinson-Graham et al., 2025 (Cochrane CD016309)	Internazionale	Overview di revisioni sistematiche	Governance dei servizi riabilitativi
Touhami et al., 2026 (Cochrane CD016324)	Internazionale	Overview di revisioni sistematiche	Strategie di implementazione in riabilitazione
Velez et al., 2023 (Cochrane CD014823)	Internazionale (45 paesi HIC, 8 LMIC)	Sintesi qualitativa (GRADE-CERQual)	Fattori organizzativi della riabilitazione domiciliare
Casteli et al., 2020	Canada	Revisione sistematica di revisioni	Indicatori e fattori di implementazione dell'ospedalizzazione domiciliare
Floa et al., 2019	Norvegia	Scoping review	Sistemi di classificazione dei pazienti nell'home care
de Stampa et al.	Francia	Resoconto storico-organizzativo	Implementazione nazionale dello strumento interRAI

Autore, anno	Paese	Disegno	Ambito
Dubuc et al., 2021	Canada	Studio di sviluppo/progettazione	Sistema informatizzato di percorsi di cura domiciliare
Raymond et al., 2020	Canada	Studio qualitativo (interviste)	Prioritizzazione delle richieste di terapia occupazionale domiciliare
Grądalski e Kochan, 2023	Polonia	Studio trasversale	Qualità dei referral e triage per le cure palliative
Gao et al., 2025	Cina	Studio trasversale	Bisogni di assistenza domiciliare stratificati per disabilità
Azzellino et al., 2026	Italia	Studio osservazionale retrospettivo	Attivazione precoce dell'ADI e riospedalizzazioni a 30 giorni
Haspels et al., 2025	Paesi Bassi	Scoping review	Transizioni ospedale-domicilio in età pediatrica

Tabella 3 - Studi esclusi in full text, con motivazione

Autore, anno, titolo	Motivo di esclusione
Ciapponi et al., 2017 (Cochrane CD011083) - Delivery arrangements for health systems in low-income countries	Popolazione non pertinente: sistemi sanitari di paesi a basso reddito, ambito estremamente ampio e non focalizzato sull'assistenza domiciliare

Autore, anno, titolo	Motivo di esclusione
Karimi-Shahanjarini et al., 2019 (Cochrane CD010412) - Barriers and facilitators to doctor-nurse substitution in primary care	Intervento non pertinente: sostituzione di competenze professionali (skill-mix) nelle cure primarie, non criteri di accesso/ammissione a un servizio domiciliare
Briggs et al., 2022 (Cochrane CD012705) - Comprehensive Geriatric Assessment for community-dwelling, high-risk, frail older people	Esito non pertinente: efficacia clinica (mortalità, ospedalizzazioni, qualità di vita) di un intervento di valutazione, non esiti organizzativi/di accesso
Sourial et al., 2022 - Quality indicator framework for primary care of patients with dementia	Popolazione/intervento non pertinente: indicatori di qualità delle cure primarie per la demenza in generale; l'accesso all'assistenza domiciliare compare come un singolo indicatore marginale tra 34
de Almeida Mello et al., 2020 - Can the interRAI home care instrument be applied to the GLIM definition criteria?	Esito non pertinente: fattori di rischio clinico-nutrizionali (malnutrizione), non criteri organizzativi di accesso
Ridge e Seidel, 2024 - Using the Tasmanian Palliative and End of Life Care Policy Framework to assess service delivery in a rural general practice	Disegno non pertinente: commentary riflessivo su un singolo ambulatorio rurale, non uno studio strutturato sui criteri di accesso
Arntzen et al., 2022 - Reduced waiting times by preference-based allocation of patients to nursing homes	Popolazione non pertinente: liste d'attesa per l'ammissione in RSA/nursing home, non assistenza domiciliare

Autore, anno, titolo	Motivo di esclusione
Islam et al., 2021 - Evaluating an integrated care pathway for frail elderly patients in Norway using multi-criteria decision analysis	Esito non pertinente: esiti di benessere percepito e qualità di vita del paziente, non esiti organizzativi di accesso
van den Bulck et al., 2020 - A systematic review of case-mix models for home health care payment	Intervento non pertinente: modello di case-mix sviluppato per la remunerazione delle prestazioni, non per i criteri organizzativi di accesso al servizio
Lognon et al., 2022 - Decision aids for home and community care	Intervento non pertinente: strumenti di supporto alla scelta del paziente tra opzioni di cura equivalenti, non criteri professionali di eleggibilità o accesso

I 12 studi inclusi sono eterogenei per disegno - due overview Cochrane di revisioni sistematiche, una sintesi qualitativa Cochrane, una revisione sistematica di revisioni, due scoping review, un resoconto storico-organizzativo, uno studio di sviluppo/progettazione, e quattro studi primari (qualitativi, trasversali, osservazionali retrospettivi) - e per ambito applicativo, spaziando dalla riabilitazione domiciliare in senso stretto all'assistenza domiciliare generale, all'ospedalizzazione domiciliare e alle cure palliative domiciliari. Tale eterogeneità, più che un limite, riflette fedelmente lo stato reale della letteratura disponibile su un quesito - i criteri organizzativi di accesso alla riabilitazione domiciliare - che, come illustrato nei paragrafi seguenti, risulta ancora scarsamente indagato in modo specifico e sistematico.

2.2 Le overview Cochrane sulla riabilitazione: un vuoto di evidenze sulla governance e indicazioni parziali sull'implementazione

Il contributo più direttamente pertinente al quesito qui indagato proviene da un progetto collaborativo tra Cochrane Rehabilitation e il Programma di Riabilitazione

dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che ha prodotto quattro overview di revisioni sistematiche dedicate alla ricerca sulle politiche e sui sistemi sanitari (Health Policy and Systems Research, HPSR) applicata alla riabilitazione, ciascuna focalizzata su uno dei quattro pilastri della tassonomia EPOC (Effective Practice and Organisation of Care) del gruppo Cochrane: gli assetti di erogazione (delivery arrangements), gli assetti finanziari (financial arrangements), gli assetti di governance (governance arrangements) e le strategie di implementazione (implementation strategies). Di queste quattro overview, due sono state reperite in full text nell'ambito della presente ricerca.

La prima, dedicata agli assetti di governance nella riabilitazione - definiti dalla tassonomia EPOC come le regole e i processi che condizionano l'esercizio del potere decisionale, inclusi autorità, responsabilità (accountability), trasparenza, partecipazione e coerenza - ha interrogato tre grandi banche dati di revisioni sistematiche (Epistemonikos, Health Systems Evidence e le revisioni del gruppo EPOC) per il periodo 2015-2024, identificando complessivamente 36 revisioni sistematiche rilevanti per l'insieme del progetto sui quattro pilastri. Nessuna di queste, tuttavia, è risultata pertinente in modo specifico agli assetti di governance della riabilitazione: gli autori dichiarano esplicitamente di non aver trovato alcuna evidenza sistematizzata in grado di rispondere al quesito su come i sistemi sanitari regolino l'accesso, l'autorizzazione e la responsabilità dei servizi riabilitativi, e raccomandano che le future overview Cochrane in quest'area considerino un ventaglio più ampio di disegni di studio, inclusi quelli osservazionali, qualitativi e a metodi misti, oggi esclusi dai criteri EPOC più restrittivi. [22] Questo risultato, per quanto di segno negativo, è di per sé informativo: conferma, a livello di letteratura internazionale sistematizzata, l'assenza di un corpo di evidenze strutturate sulla governance degli accessi in riabilitazione, un'area che allo stato attuale risulta affidata prevalentemente a soluzioni locali piuttosto che a modelli validati su base scientifica.

La seconda overview, focalizzata sulle strategie di implementazione - intese come le azioni volte a modificare l'organizzazione dei servizi, il comportamento dei professionisti sanitari o l'utilizzo dei servizi da parte degli assistiti - ha identificato 7882 revisioni sistematiche potenzialmente pertinenti, delle quali soltanto 15 hanno soddisfatto i criteri di inclusione e,

dopo la valutazione della qualità metodologica con lo strumento AMSTAR-2, solamente quattro sono state giudicate di confidenza da moderata ad alta e quindi considerata, per un totale di 55 studi primari alla base della sintesi finale. La maggior parte della ricerca proviene da paesi ad alto reddito, e nessuno studio da paesi a basso reddito. Gli autori avevano previsto di analizzare le strategie di implementazione rispetto a quattro possibili target - le organizzazioni sanitarie, i professionisti sanitari, gli utenti/assistiti nel loro utilizzo dei servizi, e specifiche tipologie di pratica o setting clinico - ma hanno trovato evidenze utilizzabili solo per due di questi quattro target: strategie rivolte a modificare l'utilizzo dei servizi da parte degli assistiti (ad esempio interventi per favorire l'aderenza al trattamento) e strategie rivolte ai professionisti (ad esempio tecniche di educazione terapeutica). Non è stata reperita alcuna revisione relativa a strategie rivolte specificamente alle organizzazioni sanitarie nel loro complesso, né a tipologie specifiche di pratica riabilitativa o di setting. Coerentemente con questo quadro, le strategie che offrono supporto ai pazienti per iniziare e portare a termine la riabilitazione cardiologica (contatto diretto, counseling motivazionale, supporto di infermieri o altri professionisti) mostrano piccoli benefici sull'aderenza e sulla partecipazione al programma; gli effetti del telehealth a supporto di anziani con minor stato di salute risultano incerti sulla funzione fisica, con effetto scarso o nullo sulla qualità della vita; le strategie rivolte a modificare il comportamento dei professionisti (formazione, linee guida, feedback) non mostrano un chiaro miglioramento degli esiti dei pazienti nella riabilitazione post-ictus. Un dato di particolare rilievo è che gli autori segnalano come la certezza delle evidenze sia in generale bassa, con una rendicontazione scarsa proprio sugli esiti organizzativi, di implementazione, economici e di equità. [23]

Un terzo contributo Cochrane, distinto dal progetto delle quattro overview ma strettamente complementare, è la sintesi qualitativa sistematica sui fattori che influenzano l'organizzazione e l'erogazione della riabilitazione domiciliare - sia in presenza sia in telerehabilitation - condotta con metodologia GRADE-CERQual. Su 223 studi identificati, 53 sono stati campionati per l'analisi qualitativa applicando come cornice interpretativa il Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). Degli otto risultati ad alta confidenza e cinque a moderata confidenza identificati, risultano di particolare rilevanza:

 (confidenza moderata) Anche chi riceve telerehabilitation percepisce come necessari almeno alcuni incontri in presenza; la sola modalità a distanza fa perdere la qualità della relazione sociale, e alcuni interventi richiedono comunque il contatto manuale del terapista.

 (alta) Entrambe le modalità favoriscono l'autogestione e il senso di empowerment: il paziente diventa protagonista attivo, può calibrare i tempi dell'esercizio, ed emerge un effetto di maggiore autoconsapevolezza.

 (bassa) Miglioramenti percepiti in autonomia e funzionamento quotidiano, favoriti dall'interazione diretta con l'ambiente domestico e dagli ausili disponibili in casa.

 (moderata) La transizione ospedale-domicilio è vissuta come un momento critico: mancanza di follow-up post-dimissione, gap tra risorse disponibili in ospedale e a casa, responsabilità di organizzare il supporto spesso scaricata su paziente/caregiver, comunicazione carente tra curante ospedaliero e territoriale.

 (moderata) Motivazione e aderenza dipendono da supporto di professionisti e familiari, qualità della comunicazione, caratteristiche dell'esercizio richiesto, presenza di comorbidità.

 (alta) Emergono questioni di privacy: da un lato il vantaggio di poter esercitarsi in un ambiente riservato, dall'altro il disagio di rendere visibile la propria vita domestica a estranei (professionisti multipli, dispositivi di monitoraggio, videochiamate).

 (alta) I pazienti percepiscono entrambe le modalità come comode e poco invasive della routine quotidiana, con risparmio di tempo/fatica di spostamento — beneficio particolarmente sentito da chi ha appuntamenti frequenti o vive in aree rurali.

 (bassa) Pazienti, caregiver e professionisti chiedono più formazione per gestire la transizione e l'uso degli ausili a domicilio. [24]

Lette congiuntamente, queste tre fonti Cochrane restituiscono un quadro coerente: la letteratura sistematizzata sulla riabilitazione a livello di politiche e sistemi sanitari esiste ed è in crescita, ma resta quasi completamente silente sul tema specifico della governance degli accessi, mentre le poche evidenze disponibili sull'implementazione riguardano soprattutto

l'adesione del paziente al trattamento più che i fattori organizzativi con cui il paziente viene ammesso al servizio. Le indicazioni più operative sul processo di ammissione provengono, per la riabilitazione domiciliare in senso stretto, dalla sola sintesi qualitativa sui fattori organizzativi, che tuttavia guarda al fenomeno dal punto di vista delle esperienze e delle percezioni degli attori coinvolti più che da quello degli strumenti organizzativi con cui l'accesso viene regolato.

2.3 Strumenti di classificazione e valutazione multidimensionale per l'organizzazione dell'assistenza domiciliare

Un secondo filone di evidenze, distinto da quello sulla governance ma a esso strettamente connesso, riguarda gli strumenti con cui i sistemi sanitari classificano i pazienti assistiti a domicilio ai fini organizzativi: allocazione del personale, remunerazione delle prestazioni, definizione dei piani di cura.

Una scoping review norvegese, condotta secondo il framework metodologico di Arksey e O'Malley su banche dati scientifiche e letteratura grigia, ha censito i sistemi di classificazione dei pazienti (patient classification systems) utilizzati per misurare l'intensità assistenziale infermieristica e programmare le risorse di personale nell'assistenza domiciliare. Su tredici strumenti identificati in sette paesi (Canada, Irlanda, Regno Unito, Stati Uniti, Scozia, Turchia e Paesi Bassi) solamente quattro erano stati sottoposti a verifica sia di validità sia di affidabilità, e uno soltanto era stato sottoposto a entrambe le verifiche più una valutazione sul campo. Gli autori concludono che, nonostante il beneficio organizzativo riconosciuto a questi strumenti per la misurazione del bisogno, del carico di lavoro e dell'allocazione del personale, la ricerca sulla loro validità e affidabilità resta limitata: un'indicazione di cautela metodologica rilevante per qualunque azienda sanitaria intenda affidarsi a un sistema di classificazione dei pazienti nella programmazione dei servizi domiciliari. [25]

Un caso di implementazione su scala nazionale di uno strumento di valutazione multidimensionale standardizzato riguarda gli strumenti interRAI, un insieme di strumenti standardizzati e completamente strutturati per valutare le caratteristiche di persone con patologie croniche multiple in carico ai servizi a lungo termine, sviluppato da un consorzio

internazionale non-profit di clinici, ricercatori e amministratori sanitari e oggi utilizzato in oltre trentacinque paesi. Dalla valutazione comprensiva raccolta con questi strumenti derivano applicazioni distinte per scopi altrettanto distinti: protocolli di supporto alla pianificazione del piano di cura (Clinical Assessment Protocols, CAP), scale cliniche per misurare specifici parametri di salute, indicatori di qualità e strumenti di classificazione per la programmazione delle risorse. Esiste inoltre una versione più snella, l'interRAI Contact Assessment (CA), concepita specificamente come strumento di screening per orientare l'accesso: a differenza della valutazione comprensiva Home Care (interRAI-HC), che fotografa in dettaglio i bisogni della persona già in carico, il CA serve a stabilire, con un numero ridotto di item, quali potenziali utenti debbano essere indirizzati verso una valutazione completa o verso servizi specifici come la riabilitazione - una funzione di filtro assimilabile, concettualmente, a quella di una checklist di accesso.

Un resoconto storico-organizzativo relativo alla Francia ricostruisce, su un arco di vent'anni, il percorso dello strumento interRAI-HC dalla fase di ricerca fino all'adozione obbligatoria su scala nazionale per i case manager della long-term care, passando per un utilizzo clinico sperimentale entro un modello di case management integrato e per un bando nazionale che ne ha reso obbligatorio l'uso per l'intera categoria professionale. Gli autori identificano tra i principali fattori facilitanti e barriere il contesto normativo nazionale, le caratteristiche della popolazione target, il coinvolgimento dei fornitori di servizi e l'impatto sulla loro pratica quotidiana, le caratteristiche stesse dello strumento, la formazione e la leadership. [26] Pur trattandosi di un resoconto di natura storico-organizzativa più che di uno studio empirico in senso stretto, il caso francese offre un'indicazione di metodo che ricorre spesso nei processi di standardizzazione su scala nazionale: l'adozione di uno strumento standardizzato è un processo che richiede tempo e una fase sperimentale prima dell'estensione generalizzata, e dipende in modo determinante dalla formazione e dalla leadership locale, non soltanto dalla qualità intrinseca dello strumento. Va peraltro precisato che questo studio riguarda specificamente l'interRAI-HC, cioè la componente di valutazione comprensiva dei bisogni, e non la componente di screening per l'accesso (interRAI-CA): l'esperienza francese

documenta quindi soprattutto le condizioni di implementazione di uno strumento di conoscenza del bisogno, più che di un vero e proprio strumento di regolazione dell'accesso.

Un ulteriore contributo, di natura più squisitamente organizzativo-informatica, descrive lo sviluppo di un sistema computerizzato di percorsi di cura (Computerized Care-Pathways, CCP) integrato nella piattaforma gestionale RSIPA adottata nella provincia del Québec per l'assistenza domiciliare di anziani fragili e disabili. Il sistema, sviluppato attraverso la combinazione di Soft Systems Methodology, articola il percorso di presa in carico in cinque fasi cliniche: una valutazione comprensiva multidimensionale (basata su uno strumento di 163 domande obbligatorie, ampliabile fino a oltre 700), un riepilogo dei dati raccolti con identificazione condivisa degli obiettivi e prioritizzazione dinamica dei bisogni, la pianificazione degli interventi appropriati, l'implementazione con monitoraggio delle risposte al piano e, non ancora completamente sviluppata al momento della pubblicazione, la rivalutazione periodica; tre delle cinque fasi risultavano pienamente funzionanti al momento della pubblicazione. [27]

Un aspetto che gli autori sottolineano esplicitamente, e che merita di essere chiarito, è la natura del sistema: si tratta di un decision-support system, uno strumento di supporto alla decisione, non di un sistema che decide al posto del professionista. La parte automatizzata si limita a calcolare punteggi dai dati raccolti nella valutazione e a generare segnalazioni automatiche quando emergono pattern di rischio predefiniti - ad esempio fragilità, rischio di cadute o malnutrizione - portandoli all'attenzione dell'operatore. La decisione su quali bisogni siano prioritari, se una segnalazione automatica sia effettivamente pertinente al caso specifico, e quali interventi attivare per rispondervi, resta interamente affidata al professionista: il sistema consente persino di respingere una segnalazione automatica, a condizione che venga fornita una motivazione. La struttura in fasi sequenziali di questo sistema - valutazione, prioritizzazione dei bisogni supportata da segnalazioni automatiche ma decisa dal professionista, pianificazione, implementazione e monitoraggio - riflette una logica organizzativa più volte riconosciuta in letteratura come efficace per l'assistenza domiciliare della popolazione fragile.

Nel loro insieme, questi tre contributi documentano un principio di fondo: l'esistenza di uno strumento strutturato di classificazione o valutazione multidimensionale del bisogno - per quanto eterogenei siano, in letteratura, il suo grado di validazione, il suo scopo (allocazione del personale, pianificazione clinica, orientamento dell'accesso) e la sua complessità tecnologica - costituisce una condizione ricorrente dei sistemi domiciliari organizzati; la sua assenza lascia, al contrario, la classificazione del bisogno alla discrezionalità implicita del singolo professionista.

2.4 Criteri di priorità e strumenti di triage nell'accesso ai servizi domiciliari

Come i pazienti vengono selezionati, classificati per priorità e ammessi ai servizi domiciliari è affrontato da un gruppo di studi che, pur eterogenei per setting clinico, condividono lo stesso oggetto di indagine.

Uno studio qualitativo canadese ha esplorato, attraverso interviste con 11 terapisti occupazionali, 10 persone anziane e 9 adulti con disabilità, i punti di vista sulla prioritizzazione delle richieste di terapia occupazionale domiciliare, chiedendo ai partecipanti di ordinare per priorità alcuni scenari di richiesta e di motivarne la scelta. L'analisi del contenuto ha mostrato come i terapisti prioritizzino le richieste soprattutto in base alla sicurezza del cliente, pur sperimentando conflitti di valori nel farlo; le persone anziane privilegiano la massimizzazione dell'autonomia, mentre gli adulti con disabilità privilegiano il miglioramento della partecipazione sociale. Gli autori concludono che i terapisti occupazionali dovrebbero ricercare attivamente il punto di vista della propria utenza sui criteri di prioritizzazione e adattare di conseguenza le proprie pratiche. [28] Questo studio documenta, con dati empirici e non solo teorici, un fenomeno rilevante per qualunque servizio chiamato a definire criteri di priorità: criteri apparentemente oggettivi, come la gravità clinica, possono non coincidere con le priorità realmente percepite dall'utenza, il che rende necessaria un'esplicitazione dei criteri scelti piuttosto che il loro affidamento alla sensibilità implicita del singolo valutatore.

Uno studio trasversale polacco ha analizzato la qualità di 300 moduli di segnalazione consecutivi per l'accesso a un servizio di cure palliative no-profit, confrontando le segnalazioni indirizzate al reparto di degenza (hospice) con quelle indirizzate all'assistenza palliativa domiciliare, e ha impiegato un sistema di triage a distanza per la valutazione preliminare delle richieste. Soltanto la metà dei moduli conteneva informazioni sufficienti per una qualificazione preliminare giustificata sulla sola base della documentazione fornita, mancando per lo più di stato funzionale o prognosi attesa; nel 53,7% dei casi non era indicata alcuna ragione specifica per l'ammissione, e i problemi sociali erano la sola ragione dichiarata nel 7,7% dei casi. Un dato che segnala un problema di affidabilità del processo di triage stesso è che, delle segnalazioni etichettate come "urgenti" dal medico segnalante (28% del totale), più della metà (52,4%) è stata poi riclassificata come "stabile" o respinta all'esito della valutazione. In quasi metà dei casi non è stato possibile qualificare la richiesta sulla base del solo modulo, rendendo necessaria un'ulteriore analisi della documentazione o, in una minoranza di casi, un'intervista telefonica di approfondimento. Le segnalazioni per il reparto di degenza sono risultate più complete rispetto a quelle per l'assistenza domiciliare, e più frequentemente inviate da medici privi di specializzazione oncologica o palliativistica. Gli autori concludono che molti pazienti vengono tuttora inviati alle cure palliative non in base al bisogno reale ma sulla sola presenza di una malattia avanzata, e raccomandano la diffusione di indicazioni pratiche e checklist semplici per i medici segnalanti, al fine di rendere più tempestive le segnalazioni e alleggerire un sistema di cure specialistiche sovraccarico. [29] Il caso studiato - per quanto relativo a un ambito clinico diverso dalla riabilitazione - mostra concretamente come la qualità e la completezza della documentazione di invio condizionino l'efficacia del processo di accesso al servizio.

Un modello concettuale distinto, ma convergente nelle conclusioni, è offerto da uno studio trasversale cinese basato sul modello Kano - un framework di analisi della qualità, sviluppato originariamente in ambito industriale e oggi diffuso anche in sanità, che classifica i bisogni degli utenti non solo per importanza ma per il modo in cui influenzano la soddisfazione: bisogni "di base" (la cui assenza genera insoddisfazione ma la cui presenza non la aumenta, in quanto data per scontata), bisogni "proporzionali" (la soddisfazione cresce in proporzione

a quanto il servizio viene erogato) e bisogni "attrattivi" (elementi inattesi la cui presenza aumenta la soddisfazione senza che la loro assenza generi insoddisfazione). Lo studio, condotto su 550 anziani con disabilità fisica sottoposti a valutazione della disabilità a Shanghai - la gravità della disabilità è stata accertata con una scala validata delle attività di base della vita quotidiana, distinguendo quattro livelli (autosufficienza completa, disabilità lieve, moderata, severa) - ha applicato il modello Kano per identificare i bisogni di assistenza domiciliare specializzata differenziati per ciascun livello, con l'obiettivo dichiarato di sviluppare un modello di priorità stratificato per severità che consenta un'allocazione più precisa delle risorse. Per costruire l'ordine di priorità, gli autori hanno calcolato, per ciascun servizio, un indice di soddisfazione e un indice di insoddisfazione, collocando poi ogni servizio in una matrice a quattro quadranti che ne determina la priorità operativa (dalla più alta: miglioramento critico, vantaggio, mantenimento, fino alla più bassa: miglioramento secondario). L'analisi Better-Worse ha mostrato una distribuzione differenziata degli item di bisogno per livello di disabilità, con i partecipanti con disabilità severa che presentavano il maggior numero di item nella zona di "vantaggio", mentre quelli con disabilità lieve o assente presentavano prevalentemente item nella zona di "mantenimento". Il dato più rilevante emerso è che uno stesso bisogno può cambiare categoria di priorità a seconda del livello di gravità: la gestione del catetere, ad esempio, risultava un bisogno di base (imprescindibile) solo per i pazienti con disabilità severa, mentre per gli altri livelli risultava un bisogno indifferente. Gli autori concludono che un'assistenza efficace richiede un'identificazione accurata della disabilità e una prioritizzazione dei programmi di cura calibrata sul livello di compromissione. [30] Questo studio offre un riscontro empirico diretto, sebbene condotto in un contesto sociosanitario molto diverso da quello italiano, al principio secondo cui una classificazione uniforme del bisogno per tutti i pazienti sarebbe meno efficiente di una stratificazione esplicita per gravità o complessità.

A questo gruppo di evidenze si aggiunge, per completezza, quanto emerso dalla revisione sistematica di revisioni sui modelli di ospedalizzazione domiciliare già richiamata nel paragrafo precedente, che identifica esplicitamente i criteri di eleggibilità clinica e la situazione sociale del paziente come le principali barriere all'implementazione di questi

modelli, a fronte di facilitatori legati soprattutto alla collaborazione multidisciplinare e alla composizione delle competenze professionali. [31] Complessivamente, gli studi qui esaminati convergono nell'indicare che i criteri di accesso e di priorità più efficaci non sono quelli fondati sulla sola gravità clinica, ma quelli che integrano esplicitamente dimensioni funzionali, sociali e relative al contesto di vita del paziente.

2.5 Tempistica di attivazione, transizioni di cura ed esiti organizzativi

Un ultimo filone di evidenze riguarda la tempistica di attivazione dei servizi domiciliari e la sua relazione con gli esiti organizzativi.

Uno studio osservazionale retrospettivo condotto in Italia su 200 pazienti ultrasessantacinquenni consecutivamente dimessi da un ospedale pubblico ha valutato l'impatto di un modello di dimissione protetta integrata sulle riospedalizzazioni a 30 giorni. Il modello, attivo di routine dal 2018, era coordinato da un case manager infermieristico - un infermiere ospedaliero responsabile di pianificare la dimissione dei pazienti ad alto rischio individuati tramite un punteggio di fragilità validato, di condurre una valutazione multidimensionale nelle 48-72 ore precedenti la dimissione, e di coordinare la comunicazione tra medici di reparto, servizi di assistenza domiciliare e servizi sociali - e prevedeva quattro componenti: il coinvolgimento del case manager infermieristico stesso, il supporto dell'assistente sociale, l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) entro 24 ore dalla dimissione, e un follow-up telefonico strutturato nelle 48-72 ore successive. Nell'analisi multivariata, il coinvolgimento del case manager infermieristico è risultato associato a una marcata riduzione delle riospedalizzazioni (OR 0,023; IC 95% 0,008-0,064; $p<0,001$), mentre l'attivazione precoce dell'ADI entro 24 ore, pur non associata alla riospedalizzazione nell'analisi bivariata ($p=0,195$), ha mostrato nel modello multivariabile un'associazione con odds più elevate di riospedalizzazione (OR 3,475; IC 95% 1,384-8,725; $p=0,008$); i pazienti che non avevano ricevuto l'insieme combinato dei quattro interventi presentavano invece odds di riospedalizzazione nettamente più elevate (OR 26,1; IC 95% 10,1-67,5; $p<0,001$) rispetto a chi li aveva ricevuti tutti. Gli autori interpretano il dato controintuitivo sull'ADI isolata come un possibile effetto di "confounding by indication": i pazienti clinicamente più

complessi sono anche quelli più frequentemente indirizzati con urgenza ai servizi domiciliari, per cui l'attivazione precoce dell'ADI, presa da sola, finirebbe per funzionare come indicatore di complessità clinica piuttosto che come fattore causale di rischio. Gli autori concludono che il beneficio della transizione di cura non risiede nelle singole componenti isolate, ma nell'integrazione multidimensionale e nel coordinamento delle strategie cliniche, funzionali e sociali, con un ruolo centrale del case manager infermieristico. Gli stessi autori dichiarano alcuni limiti rilevanti: il disegno retrospettivo e monocentrico non consente di stabilire nessi causali; non è stato eseguito alcun calcolo formale della dimensione campionaria; i gruppi a confronto risultavano fortemente sbilanciati (98 pazienti non riospedalizzati contro appena 6 riospedalizzati tra chi aveva ricevuto tutti e quattro gli interventi), il che può amplificare l'ampiezza degli odds ratio stimati; e mancavano informazioni cliniche potenzialmente rilevanti come comorbidità, politerapia e stato cognitivo. [32]

Questo studio - condotto nel contesto normativo e organizzativo italiano - offre un'indicazione di cautela metodologicamente rilevante: se l'attivazione precoce dell'assistenza domiciliare, presa isolatamente, non garantisce di per sé un esito migliore e può anzi comparire associata a un rischio più elevato quando non è accompagnata dalle altre componenti del percorso (case management, follow-up, supporto sociale), ne consegue che la sola rapidità di attivazione non dovrebbe essere considerata una misura sufficiente di qualità della presa in carico, ma una delle componenti di un percorso che richiede di essere letto in modo integrato con le altre dimensioni del processo assistenziale.

Una scoping review olandese ha sintetizzato le esperienze dei professionisti sanitari nelle transizioni dall'ospedale al domicilio per bambini con condizioni di elevata complessità medica. Si tratta, è bene precisarlo, di uno studio che raccoglie e sintetizza percezioni e vissuti riportati dai professionisti - non un confronto tra interventi e la loro efficacia misurata - per cui le indicazioni che ne derivano vanno lette come ciò che gli operatori percepiscono come rilevante o problematico, non come effetti dimostrati di specifiche soluzioni organizzative. Su 4087 record identificati, 40 studi sono stati inclusi, da cui sono stati ricavati undici temi organizzati secondo il modello socio-ecologico - un framework che descrive i fattori che

influenzano un fenomeno su più livelli concentrici, dal più vicino alla persona al più ampio: individuale (competenze e vissuto del singolo professionista), interpersonale (relazione e comunicazione con la famiglia e tra colleghi), organizzativo (i piani di cura e formazione predisposti dal servizio), di comunità (le risorse effettivamente disponibili sul territorio) e sociale (le politiche e i meccanismi di finanziamento). Tra questi, il tema relativo alla facilitazione dell'accesso alle cure a livello di comunità evidenzia le difficoltà dei professionisti nel reperire personale qualificato, apparecchiature mediche adeguate e servizi di supporto sociale, con conseguenze dirette sull'allungamento delle degenze e sul rischio di riospedalizzazione; un più ampio tema di coordinamento e continuità dell'assistenza attraversa trasversalmente tutti e cinque i livelli del modello socio-ecologico, risultando la criticità più costantemente riportata dai professionisti in assoluto. [33] Le difficoltà di coordinamento tra ospedale e territorio nella fase di transizione, qui documentate specificamente per la popolazione pediatrica con elevata complessità clinica, indicano l'importanza di un percorso strutturato fin dal momento dell'attivazione, con una prospettiva di reinserimento nei servizi territoriali di riferimento definita fin dall'avvio della presa in carico.

2.6 Sintesi delle evidenze: elementi ricorrenti e limiti della letteratura disponibile

I dodici studi esaminati nei paragrafi precedenti, pur eterogenei per disegno, ambito clinico applicativo e contesto nazionale, convergono su un insieme limitato ma coerente di indicazioni.

In primo luogo, la revisione conferma che la governance degli accessi alla riabilitazione domiciliare è un'area sostanzialmente inesplorata dalla ricerca sistematizzata a livello internazionale: la overview Cochrane dedicata specificamente a questo tema non ha reperito alcuna revisione sistematica pertinente. [22] L'assenza di modelli di riferimento validati a livello internazionale segnala che la governance degli accessi in riabilitazione è, allo stato attuale, un'area che i singoli sistemi sanitari e le singole organizzazioni tendono ad affrontare con strumenti locali, non potendo fare riferimento a modelli validati su base scientifica.

In secondo luogo, dove la letteratura offre indicazioni più operative - sintesi qualitative sulla riabilitazione domiciliare, studi sugli strumenti di prioritizzazione e di classificazione, studi sulle transizioni di cura - il messaggio è uniforme: i criteri di accesso realmente efficaci non sono quelli fondati sulla sola indicazione clinica o diagnostica, ma quelli che esplicitano criteri multipli - clinici, funzionali, sociali, di contesto abitativo - e li rendono verificabili anziché affidarli alla discrezionalità del singolo professionista. [24,29,30,31]

In terzo luogo, un elemento ricorrente negli studi sugli strumenti di classificazione riguarda la presenza stessa di uno strumento strutturato di valutazione multidimensionale del bisogno: per quanto eterogenei siano, nei singoli contributi, il grado di validazione, lo scopo (allocazione del personale, pianificazione clinica, orientamento dell'accesso) e la complessità tecnologica di questi strumenti, la loro esistenza risulta associata, negli studi qui esaminati, a una migliore organizzazione dei sistemi domiciliari, mentre la loro assenza tende a lasciare la classificazione del bisogno alla discrezionalità implicita del singolo professionista.

Un quarto elemento, emerso soprattutto dallo studio italiano sulla tempistica di attivazione, invita a una lettura non semplicistica del rapporto tra rapidità di attivazione ed esito: l'attivazione precoce dei servizi domiciliari, se isolata dalle altre componenti del percorso assistenziale (case management, coordinamento con i servizi territoriali, supporto sociale), non garantisce di per sé un esito migliore, e in un caso è risultata anzi associata a un rischio più elevato - verosimilmente per un effetto di confondimento legato alla maggiore complessità clinica dei pazienti indirizzati precocemente ai servizi domiciliari. [32] Questo suggerisce che la sola tempestività della presa in carico non è, di per sé, una misura sufficiente di qualità, e che gli esiti organizzativi andrebbero letti insieme alle altre dimensioni del processo assistenziale.

Infine, un limite trasversale a gran parte degli studi qui considerati merita di essere segnalato esplicitamente. Si tratta di una letteratura in larga parte proveniente da contesti nazionali diversi da quello italiano - Canada, Norvegia, Paesi Bassi, Francia, Polonia, Cina - con un solo studio condotto in Italia, per la quale la trasferibilità diretta a sistemi sanitari e contesti normativi differenti non può essere data per scontata. Va inoltre segnalato che, a fronte della

scarsità di revisioni sistematiche disponibili sullo specifico quesito dei criteri di accesso alla riabilitazione domiciliare, una parte rilevante delle evidenze qui sintetizzate proviene da studi primari - singolarmente meno robusti di una revisione sistematica, e in un caso (lo studio sulle transizioni pediatriche) di natura squisitamente qualitativa, quindi descrittiva delle percezioni dei professionisti più che di effetti misurati - e da contesti assistenziali affini ma non sempre coincidenti con la riabilitazione domiciliare in senso stretto, quali l'assistenza domiciliare generale, l'ospedalizzazione domiciliare e le cure palliative. Le evidenze qui sintetizzate costituiscono un insieme di principi organizzativi generali - esplicitazione dei criteri di accesso, classificazione multidimensionale del bisogno, differenziazione dei tempi di attivazione per priorità clinica, integrazione tra le componenti del percorso assistenziale - la cui applicazione a un contesto specifico richiede di essere mediata dalla conoscenza delle caratteristiche organizzative locali.

2.7 Disfagia neurogenica: epidemiologia, rischi e gestione strutturata

La disfagia neurogenica è tra le complicanze più frequenti delle patologie del sistema nervoso centrale. I dati epidemiologici disponibili indicano che colpisce circa la metà dei pazienti con ictus acuto nella fase immediatamente successiva all'evento, con una quota rilevante che persiste nelle settimane e nei mesi successivi. Nelle patologie neurodegenerative progressive la sua prevalenza aumenta con il progredire della malattia: nella malattia di Parkinson interessa tra il 50% e l'80% dei pazienti nelle fasi avanzate, nella SLA è praticamente universale. Questi numeri si traducono in un impatto quotidiano molto significativo per i servizi di riabilitazione domiciliare, che si trovano a gestire una quota rilevante di pazienti per cui la sicurezza alimentare è un problema attivo. [34]

Il fenomeno non si esaurisce nella popolazione neurologica in senso stretto. Una recente revisione sistematica con meta-analisi condotta su oltre trenta studi internazionali stima una prevalenza complessiva di disfagia orofaringea nell'anziano pari al 32,8%, con valori differenziati per setting assistenziale: 18,4% negli anziani che vivono in comunità, 38,0% nei pazienti ospedalizzati e fino al 47,0% nei residenti in strutture di lungodegenza, quando la valutazione è condotta con strumenti validati. Gli stessi autori segnalano che l'uso di

strumenti di screening non validati tende sistematicamente a sottostimare la prevalenza reale del disturbo. Per un servizio di riabilitazione domiciliare come l'ARD, che prende in carico pazienti anziani dimessi dall'ospedale o dal domicilio con quadri clinici spesso multipli e non riconducibili a una singola diagnosi neurologica, questo dato amplia la rilevanza del problema ben oltre la sola popolazione post-ictus o neurodegenerativa in senso stretto. [35]

Le conseguenze di una disfagia non identificata o mal gestita nel contesto domiciliare sono potenzialmente gravi. La polmonite ab ingestis, causata dall'aspirazione di materiale alimentare o salivare nelle vie aeree, rappresenta una delle principali cause di riacutizzazione e di ospedalizzazione nei pazienti neurologici cronici seguiti a domicilio; nei residenti di strutture per anziani con disfagia non trattata, la letteratura segnala tassi di mortalità a un anno dall'episodio di polmonite da aspirazione che possono superare il 40%. La malnutrizione e la disidratazione conseguenti alle difficoltà deglutitorie determinano un peggioramento progressivo dello stato generale, con effetti negativi sull'efficacia di tutti gli altri interventi riabilitativi in corso. Il carico assistenziale sul caregiver familiare aumenta in modo spesso insostenibile. [35]

Nei pazienti con esiti di ictus, la valutazione del rischio disfagico è ulteriormente complicata dalla frequente coesistenza di deficit cognitivi, presenti secondo la letteratura nel 50-78% dei casi nella fase acuta e subacuta. Gli studi di standardizzazione italiana degli strumenti di screening cognitivo stroke-specifici confermano quanto questi deficit - in particolare i disturbi attentivi, mnesici e del linguaggio - possano condizionare sia la capacità del paziente di riconoscere e riferire in modo affidabile i propri sintomi deglutitori, sia la sua collaborazione durante la valutazione clinico-funzionale. [36]

Le linee guida internazionali sono concordi nel raccomandare lo screening sistematico della disfagia nei pazienti neurologici a rischio come misura di prevenzione primaria delle complicanze da aspirazione. Il Gugging Swallowing Screen (GUSS), sviluppato specificamente per i pazienti post-ictus, ha dimostrato un'elevata sensibilità nell'identificare i pazienti a rischio di aspirazione anche quando somministrato da personale non logopedista adeguatamente formato. [34,37]

La scelta di anteporre uno strumento di screening alla valutazione logopedica specialistica, trova un preciso riscontro anche nelle indicazioni regionali sulla gestione della disfagia. L'Allegato A alla DGR 209/2023 della Regione Marche, che disciplina l'erogazione dei preparati addensanti per la disfagia grave da malattie neurodegenerative, descrive infatti un percorso multidisciplinare strutturato esattamente sulla stessa logica sequenziale adottata nella procedura qui sviluppata: in caso di sospetta disfagia, il Medico di Medicina Generale richiede l'esecuzione di un test di screening della disfagia - il test del bolo d'acqua - eseguibile da un infermiere opportunamente formato o, in sua assenza, dallo stesso MMG, anche presso il domicilio del paziente; solo in caso di positività al test, previa definizione del livello di gravità tramite la scala DOSS (Dysphagia Outcome and Severity Scale), il MMG può richiedere la valutazione deglutologica specialistica da parte del logopedista e del medico specialista di riferimento. È la stessa articolazione in due fasi - screening non specialistico alla segnalazione, valutazione logopedica specialistica solo in caso di positività - su cui è costruita la checklist allegata alla procedura. [38]

Un'analisi recente delle linee guida internazionali sulla gestione della disfagia post-ictus, condotta su dieci documenti di qualità metodologica moderata-alta, conferma un forte consenso sulle raccomandazioni di fase acuta: tutte prevedono uno screening standardizzato entro le prime 24 ore dal ricovero, il novanta per cento indica la sospensione dell'alimentazione orale fino al completamento dello screening, e la maggioranza rimanda a esami strumentali nei casi a rischio aspirazione. Sul versante opposto, la gestione a lungo termine risulta quasi del tutto priva di indicazioni strutturate: soltanto una delle dieci linee guida analizzate specifica intervalli di rivalutazione oltre la dimissione ospedaliera, mentre le altre lasciano alla prassi locale la decisione su quando e come ricontrollare la funzione deglutitoria di un paziente cronico seguito sul territorio. Questo vuoto nella letteratura internazionale - relativo proprio alla fase post-dimissione o cronica in cui si colloca l'attività di un servizio di riabilitazione domiciliare - evidenzia la necessità di strumenti di screening strutturati e di protocolli di valutazione logopedica standardizzati per il setting domiciliare, in assenza di indicazioni consolidate cui fare riferimento. Uno strumento di questo tipo non si configura come uno screening clinico funzionale proprio della valutazione logopedica, ma

come un filtro strutturato in grado di distinguere i pazienti che necessitano di attivazione urgente del servizio logopedico, quelli per cui il servizio non è ancora indicato perché la condizione clinica è instabile, e quelli che invece richiedono una diversa modalità di accesso (ad esempio, rivalutazione strumentale in setting ospedaliero). [39] [40]

3. OBIETTIVI

3.1 Obiettivo primario

L'obiettivo primario di questo progetto è di sviluppare una base di procedura aziendale unificata che definisca i criteri di presa in carico riabilitativa domiciliare per fisioterapia, logopedia in età adulta e presa in carico in età evolutiva - per la quale è previsto il trattamento fisioterapico, logopedico e neuropsicomotorio -, applicabile in modo uniforme nei tre distretti dell'AST Pesaro Urbino, accompagnata dagli strumenti operativi necessari per il governo del processo e per il monitoraggio della qualità nel tempo.

3.2 Obiettivi secondari

Gli obiettivi secondari riguardano i sotto-obbiettivi necessari alla creazione della procedura:

- Ricostruire il quadro normativo nazionale e regionale rilevante per la riabilitazione domiciliare, identificandone le implicazioni operative per il servizio ARD dell'AST PU.
- Analizzare i nodi critici nell'organizzazione attuale del servizio attraverso strumenti di diagnosi organizzativa, identificando le cause principali della variabilità interdistretti.
- Definire criteri di accesso differenziati per specialità e per tipologia di inviante, con codici di priorità clinicamente fondati e tempistiche di attivazione verificabili.
- Sviluppare checklist strutturate per la valutazione preliminare nei casi di segnalazione da MMG, a supporto dell'Unità di Valutazione Integrata e del referente clinico incaricato della valutazione.

- Costruire una matrice RACI che assegni responsabilità chiare a ciascun attore del processo di presa in carico, dalla segnalazione del bisogno alla dimissione riabilitativa.
- Proporre indicatori di processo misurabili per il monitoraggio dell'attuazione della procedura, con standard di riferimento coerenti con la fattibilità organizzativa del servizio.

4. MATERIALI E METODI

4.1 Approccio metodologico: la ricerca-azione in un contesto di servizio reale

Il presente progetto adotta un approccio di ricerca-azione, modalità metodologica particolarmente adatta allo sviluppo di interventi di miglioramento organizzativo in contesti sanitari reali. La ricerca-azione non si limita a descrivere una realtà ma interviene su di essa, alternando cicli di analisi, progettazione, implementazione e riflessione critica. Non ambisce alla generalizzazione statistica tipica della ricerca sperimentale, ma produce conoscenza contestualmente situata, generata dall'incontro tra l'analisi teorica e la pratica quotidiana del servizio in un'ottica di avvicinamento tra ricerca e pratica clinico-organizzativa. Questo tipo di approccio è particolarmente utile quando l'obiettivo è produrre uno strumento operativo che funzioni in uno specifico contesto, con specifici professionisti, in risposta a problemi specifici che non possono essere adeguatamente affrontati attraverso soluzioni preesistenti.

La scelta di questo approccio riflette anche la posizione della candidata rispetto al campo di studio: non quella dell'osservatore esterno che analizza un sistema da fuori, ma quella del professionista inserito nel servizio che, attraverso il tirocinio magistrale, acquisisce una prospettiva analitica sulle proprie pratiche quotidiane. Questa doppia posizione – insider e ricercatrice al tempo stesso – è insieme una risorsa, perché consente un accesso privilegiato alle dinamiche operative del servizio, e una sfida, perché richiede una riflessività costante

per distinguere ciò che si conosce per consuetudine da ciò che si comprende attraverso l'analisi.

4.2 Setting, periodo e protagonisti del processo

Il progetto si è svolto presso il Servizio di Assistenza Riabilitativa Domiciliare dell'AST Pesaro Urbino tra il 7 gennaio e il 31 maggio 2026, per una durata complessiva di circa venti settimane. Il lavoro si è articolato su tre livelli: un livello documentale, attraverso la raccolta e l'analisi di normativa, letteratura e documentazione interna del servizio; un livello osservativo, attraverso la presenza continuativa nel servizio e la partecipazione alle attività operative degli incarichi di funzione organizzativa nei tre distretti; e un livello partecipativo, attraverso il confronto diretto con gli incarichi di funzione organizzativa dei tre distretti, propedeutico al lavoro di analisi qui presentato a supporto del gruppo di lavoro aziendale che definirà la procedura.

Il presente lavoro di tesi si pone come strumento di supporto al gruppo di lavoro che l'AST PU costituirà per la definizione e l'adozione della procedura aziendale, attraverso la revisione della letteratura sui criteri di accesso alla riabilitazione domiciliare e l'analisi delle criticità organizzative del servizio ARD. La definizione della procedura in senso proprio - la sua elaborazione, discussione e adozione formale - spetta infatti a un gruppo di lavoro che dovrà essere costituito dall'AST PU in base ai criteri di qualità aziendali e ai requisiti previsti dal sistema di accreditamento delle organizzazioni che erogano cure domiciliari. Per la raccolta degli elementi conoscitivi necessari a questo lavoro di analisi, la candidata ha svolto, nel periodo di tirocinio, osservazione diretta del servizio nei tre distretti e incontri con gli IFO, funzionali a ricostruire il contesto operativo e le criticità organizzative e con la supervisione della Dirigenza delle Professioni Sanitarie dell'AST PU, che ha garantito la coerenza dell'analisi con le politiche aziendali.

Data la natura di progetto di tesi del presente lavoro, tali attività non costituiscono il gruppo di lavoro aziendale competente per la definizione della procedura, che dovrà avere una composizione multiprofessionale coerente con la distribuzione delle responsabilità cliniche previste dall'Unità di Valutazione Integrata. Questo dovrà includere, oltre agli IFO dei tre

distretti, i medici fisiatri - responsabili della definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) - e i Medici di Medicina Generale, responsabili in quanto titolari della presa in carico complessiva del paziente del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che ricomprende il PRI stesso. La procedura elaborata da tale gruppo di lavoro dovrà inoltre essere sottoposta all'approvazione dei Direttori dei tre distretti, cui l'ARD afferisce organizzativamente in quanto parte dell'Assistenza Domiciliare Integrata, e dell'Ufficio Qualità Aziendale, chiamato a verificarne la coerenza con il sistema di gestione della qualità dell'AST PU. Il presente lavoro costituisce pertanto la base tecnico-scientifica - fondata sulla revisione della letteratura e sulla diagnosi organizzativa - su cui il gruppo di lavoro aziendale potrà procedere alla definizione e all'adozione formale della procedura.

4.3 Analisi del contesto: il diagramma di Ishikawa applicato al servizio ARD

Il diagramma di Ishikawa, noto anche come diagramma causa-effetto o diagramma a lisca di pesce, è stato utilizzato come strumento di diagnosi organizzativa nella fase iniziale del progetto. Lo strumento ha permesso di organizzare visivamente le cause della variabilità interdistretti identificate attraverso l'osservazione partecipante e il confronto con i professionisti, raggruppandole in quattro macroaree: professionisti, organizzazione, metodi e strumenti.

A livello di professionisti sono stati individuate le seguenti criticità principali: assenza di criteri condivisi di presa in carico e eterogeneità sulla valutazione del bisogno domiciliare. A livello di organizzazione la mancanza di un documento procedurale aziendale e l'assenza di indicatori di processo verificabili potrebbe creare differenze tra i distretti. A livello di metodi è possibile avere una variabilità nelle modalità di attivazione del servizio da parte dei soggetti invianti e diversità nelle pratiche di codifica della priorità. A livello di strumento non sono presenti checklist strutturate per le richieste di riabilitazione che arrivavano dal MMG e la documentazione clinica è spesso incomplete e parzialmente non uniforme e tra i distretti.

Dall'analisi è emerso che la causa principale della discontinuità nell'accesso al servizio non risiede in carenze delle singole figure professionali, complessivamente competenti e

motivate, né in mancanza di risorse fisiche o materiali, ma nell'assenza di un modello condiviso di presa in carico a cui i professionisti potessero riferirsi nell'impostare i propri percorsi decisionali. Questa diagnosi ha orientato la scelta del principale strumento di intervento: non una formazione sulle competenze cliniche, già adeguate, ma la redazione di una procedura aziendale che rendesse espliciti e condivisi i criteri decisionali che ogni professionista applicava in modo implicito e individuale.

4.4 Dalla diagnosi organizzativa alla redazione della procedura

La redazione della procedura ha seguito un processo iterativo in tre fasi principali. Nella prima fase è stata condotta la ricognizione normativa e bibliografica, raccogliendo e sistematizzando i riferimenti legislativi nazionali e regionali, le linee guida cliniche rilevanti e la documentazione interna del servizio già esistente. Nella seconda fase, sono stati realizzati incontri strutturati con gli IFO dei tre distretti, volti a condividere i risultati dell'analisi, validare le criticità identificate e raccogliere contributi per la definizione dei criteri di presa in carico. Nella terza fase è stata redatta la bozza della procedura, sottoposta a revisione iterativa da parte dei componenti del gruppo di lavoro e della Dirigenza delle Professioni Sanitarie prima della versione finale.

N°	Settimane	**1-2**	**3-4**	**5-6**	**7-8**	**9-10**	**11-12**	**13-14**	**15-16**
1	Raccolta degli elementi conoscitivi	x	x						
2	Ricognizione normativa documentale	x	x	x					
3	Analisi del contesto		x	x	x				
4	Individuazione del modello organizzativo più adeguato		x	x	x				
5	Redazione della procedura					x	x	x	x
6	Sviluppo delle checklist di supporto alla decisione							x	x

Tabella 4 - Diagramma di Gantt del progetto

La pianificazione temporale del progetto è stata rappresentata attraverso un diagramma di Gantt, che ha consentito di distribuire le attività in modo realistico e di identificare le dipendenze tra le diverse fasi del processo. Lo strumento ha anche facilitato la comunicazione con la Dirigenza delle Professioni Sanitarie, rendendo visibili le tappe del percorso e le risorse di tempo necessarie per ciascuna di esse. La Tabella 4 riporta il diagramma di Gantt del progetto, articolato su sedici settimane, mentre la Tabella 5 ne presenta la corrispondente Work Breakdown Structure (WBS), che scompone ciascuna macro-attività nel relativo deliverable prodotto.

Tabella 5 – Work Breakdown Structure del progetto

N°	Attività	Deliverable
1	Raccolta degli elementi conoscitivi	Osservazione diretta e incontri con i Direttori Operativi dei tre distretti, con supervisione della Dirigenza delle Professioni Sanitarie; base conoscitiva a supporto del gruppo di lavoro aziendale che definirà la procedura
2	Ricognizione normativa e documentale	Mappatura dei riferimenti normativi (LEA, DM 77/2022, delibere regionali) e raccolta della documentazione interna già esistente nei tre distretti
3	Analisi del contesto	Diagnosi organizzativa mediante diagramma di Ishikawa, con individuazione della causa principale della variabilità: l'assenza di un modello di presa in carico condiviso
4	Individuazione del modello organizzativo più adeguato	Definizione del modello: percorsi differenziati per specialità riabilitativa e codici di priorità
5	Redazione della procedura aziendale	Documento strutturato in otto sezioni, comprensivo della matrice RACI e degli indicatori di processo

N°	Attività	Deliverable
6	Sviluppo delle checklist	Checklist generale di primo livello, checklist specifica per la presa in carico fisioterapica, checklist di pre-screening della disfagia, checklist per i disturbi di comunicazione e del linguaggio, checklist per la presa in carico in età evolutiva

Come evidenziato dalla WBS, le fasi 3-4 e 4-5 presentano una sovrapposizione temporale di due settimane ciascuna: una scelta coerente con la natura iterativa del processo descritto in apertura del paragrafo, in cui l'individuazione del modello organizzativo si è progressivamente affinata mentre proseguiva l'analisi del contesto, e la stesura della procedura ha preso avvio prima della conclusione formale della fase di individuazione del modello.

4.5 Le checklist di screening: criteri di adozione e adattamento al contesto

Per gli strumenti di supporto alla decisione allegati alla procedura si è scelto, ove possibile, di non procedere a una progettazione ex novo, ma di adottare strumenti già validati in letteratura, adattandone la modalità di somministrazione al contesto domiciliare e alla segnalazione da parte del Medico di Medicina Generale. Dove uno strumento validato di riferimento non era disponibile, o non si adattava alla finalità specifica richiesta, si è invece proceduto allo sviluppo di uno strumento ad hoc in linea con le altre procedure aziendali, adottando per coerenza interna la stessa logica di costruzione in tutte le checklist: articolazione del punteggio su più dimensioni cliniche indipendenti, e un meccanismo di priorità automatica riservato alle condizioni di maggiore urgenza clinica. La struttura e i contenuti di ciascuna checklist sono presentati e commentati nel paragrafo 5.1, insieme agli altri risultati della procedura.

4.6 La matrice RACI e gli indicatori di processo

La costruzione della matrice RACI ha preceduto la stesura definitiva della procedura, perché la chiarezza nella distribuzione delle responsabilità è una condizione necessaria per la

coerenza interna del documento. La mappatura del processo di presa in carico, dall'identificazione del bisogno riabilitativo alla dimissione, ha permesso di identificare le attività principali e di assegnare a ciascuna di esse i ruoli di responsabilità esecutiva (R), di accountability sul risultato (A), di consultazione (C) e di informazione (I) per i dieci soggetti principali del processo: Centrale Operativa Territoriale, Direttore dell'Esecuzione del Contratto, Direttore Operativo, Referente della Riabilitazione (IFO), Coordinatore della Cooperativa appaltatrice, Medico di Medicina Generale, Medico Specialista, Professionista della Riabilitazione, Distretto nella sua articolazione amministrativa, e Unità di Valutazione Integrata.

Gli indicatori di processo sono stati selezionati con un duplice criterio: la rilevabilità, ovvero la possibilità di calcolarli a partire da dati già presenti nel sistema informativo del servizio senza aggiungere oneri di raccolta agli operatori; e la pertinenza, ovvero la capacità di misurare aspetti direttamente connessi agli obiettivi della procedura. I tre indicatori proposti misurano rispettivamente la tempestività della presa in carico fisioterapica per le protesi d'anca, la tempestività nella risposta ai codici di priorità 1, e la qualità della documentazione come proxy dell'adesione alla procedura. In assenza di standard di riferimento per gli indicatori si è proceduto alla revisione dei dati delle prese in carico da dimissioni protette (con focus sui pazienti con esiti di protesi d'anca e ginocchio) nello span temporale da gennaio 2026 a giugno 2026 nel distretto di Pesaro.

4.7 Considerazioni etiche

Il progetto non ha coinvolto la raccolta di dati personali relativi ai pazienti né la sperimentazione di interventi clinici non standard, configurandosi come un progetto di miglioramento organizzativo che non richiede approvazione etica formale. La procedura e la checklist sono strumenti ad uso interno, che saranno sottoposti al normale processo di adozione aziendale prima della loro applicazione. I professionisti che hanno partecipato al gruppo di lavoro lo hanno fatto volontariamente, nell'ambito delle normali attività professionali, senza alcuna forma di remunerazione aggiuntiva. I dati osservazionali raccolti sono stati utilizzati in forma anonimizzata e aggregata.

4.8 Analisi SWOT del progetto

L'analisi SWOT condotta nella fase di pianificazione ha evidenziato un bilancio complessivamente favorevole alla realizzazione del progetto, con punti di forza che superano significativamente i punti di debolezza rappresentati nella tabella 6.

	FATTORI FAVORENTI	**FATTORI SFAVORENTI**
FATTORI INTERNI	**PUNTI DI FORZA:** mandato istituzionale della Dirigenza delle Professioni Sanitarie; gruppo di lavoro multiprofessionale motivato; conoscenza diretta del contesto operativo dei tre distretti; presenza di expertise clinica specialistica; appalto unico, che favorisce l'uniformità organizzativa tra distretti; sostituzione di prassi informali con una procedura scritta ed esplicita; impianto metodologico fondato su revisione della letteratura e analisi organizzativa; costo di implementazione contenuto	**PUNTI DI DEBOLEZZA:** servizio esternalizzato con governance complessa; tendenza a prassi locali consolidate difficili da modificare; assenza di sistemi informativi integrati tra distretti; periodo di osservazione pilota breve (sei mesi); raccolta dei dati di monitoraggio ancora manuale, non integrata nei flussi di lavoro
FATTORI ESTERNI	**OPPORTUNITÀ:** risorse PNRR – Missione 6 Salute destinate al potenziamento dell'assistenza domiciliare; quadro normativo del DM 77/2022; attenzione regionale crescente alla riorganizzazione territoriale; assenza, documentata in letteratura, di modelli di governance	**MINACCE:** possibili resistenze al cambiamento; crescita della domanda legata all'invecchiamento della popolazione; possibili variazioni del quadro normativo che richiedano una revisione anticipata della procedura; dipendenza dalla collaborazione di soggetti esterni al

	FATTORI FAVORENTI	FATTORI SFAVORENTI
	validati per l'accesso alla riabilitazione domiciliare	diretto controllo dell'AST (ente gestore, MMG)

Tabella 6. Analisi Swot

I punti di forza principali risiedono nel mandato istituzionale ricevuto dalla Dirigenza delle Professioni Sanitarie – che conferisce al progetto legittimità e una maggiore probabilità di adozione formale – e nella qualità del gruppo di lavoro, composto da professionisti con lunga esperienza nel servizio e forte motivazione al cambiamento, affiancati da una conoscenza diretta delle criticità operative dei tre distretti. A questi si aggiunge un fattore di ordine più metodologico: la procedura non nasce come mera formalizzazione di prassi esistenti, ma come sintesi tra l'analisi del contesto organizzativo interno e l'evidenza disponibile in letteratura, e presenta un costo di implementazione contenuto, non richiedendo investimenti tecnologici ma una riorganizzazione di processi e responsabilità già esistenti.

I punti di debolezza più rilevanti riguardano la complessità del modello in appalto, che rende più articolata la traduzione della procedura in comportamenti operativi uniformi, e la presenza di prassi locali consolidate che potrebbero generare resistenze nella fase di implementazione. A queste si aggiungono due limiti di natura più metodologica: il periodo di osservazione utilizzato per testare gli indicatori di processo, pari a sei mesi, è insufficiente a verificare la tenuta degli standard proposti nel medio periodo; e l'assenza di un sistema informativo dedicato rende, allo stato attuale, la raccolta dei dati di monitoraggio un'attività manuale, non strutturalmente integrata nei flussi di lavoro quotidiani dei professionisti.

Sul fronte delle opportunità, il progetto si colloca in un momento normativo e finanziario favorevole: il PNRR – Missione 6 Salute destina risorse specifiche al potenziamento dell'assistenza domiciliare, con l'obiettivo dichiarato di raggiungere, entro il 2026, una copertura pari al 10% della popolazione ultrasessantacinquenne, mentre il DM 77/2022 introduce un quadro di riferimento nazionale per l'assistenza territoriale entro cui la procedura può trovare naturale collocazione. A questo si aggiunge un'opportunità più specifica: l'assenza, a livello internazionale, di modelli di governance validati per l'accesso

alla riabilitazione domiciliare lascia spazio perché un modello sviluppato con un impianto metodologico documentato possa costituire un riferimento utile anche oltre il contesto dei tre distretti in cui è stato sviluppato.

Le minacce principali riguardano, in primo luogo, la possibile resistenza al cambiamento da parte di professionisti abituati a prassi consolidate. Un secondo gruppo di minacce ha origine esterna al controllo diretto dell'AST PU: la crescita strutturale della domanda di assistenza domiciliare, legata all'invecchiamento della popolazione, rischia di generare una pressione sui volumi di attività superiore alla capacità di risposta del servizio, indipendentemente dalla qualità dei criteri di accesso adottati; allo stesso modo, eventuali variazioni del quadro normativo regionale o nazionale nel biennio di validità della procedura potrebbero richiederne una revisione anticipata rispetto alla scadenza programmata. Infine, poiché l'applicazione della procedura nei tre distretti dipende in parte dalla collaborazione di soggetti esterni al diretto controllo gerarchico dell'AST – l'ente gestore del servizio esternalizzato e i medici di medicina generale, per la qualità delle segnalazioni – permane il rischio di un'applicazione non pienamente uniforme, nonostante la formalizzazione scritta dei criteri.

5. RISULTATI

5.1 La procedura aziendale: struttura, percorsi e criteri di accesso

La procedura aziendale è strutturata in otto sezioni principali, seguendo il formato standard adottato dall'AST PU per i documenti procedurali aziendali: scopo, campo di applicazione, riferimenti normative (in bibliografia), modalità operative, responsabilità, indicatori di processo, allegati. La validità è biennale, con revisione programmata a scadenza e possibilità di aggiornamento anticipato in caso di variazioni normative o organizzative rilevanti.

Scopo e campo di applicazione

La procedura si applica a tutti i pazienti di entrambi i sessi e di ogni età che accedono al Servizio di Assistenza Riabilitativa Domiciliare dell'AST PU nei tre distretti di Pesaro, Fano

e Urbino. Il distretto di Pesaro contiene i comuni di Pesaro, Vallefoglia, Tavullia e Gabicce. Il distretto di Fano contiene i comuni di Fano, Mondolfo, Mondavio, Pergola Fossombrone, Colli al Metauro. Il distretto di Urbino contiene i comuni di Urbino, Macerata Feltria; Urbania e Cagli. Il documento definisce le condizioni di eleggibilità per il servizio – limitazione dell'autonomia permanente o temporanea con impossibilità oggettiva di raggiungere i luoghi di cura ambulatoriale – e precisa che la domiciliarità dell'intervento deve essere temporalmente limitata al periodo in cui l'impedimento persiste, prevedendo la transizione verso il setting ambulatoriale non appena le condizioni del paziente lo consentano.

Per le segnalazioni provenienti dal Medico di Medicina Generale - la tipologia di richiesta per cui i criteri di eleggibilità e priorità non sono già stabiliti a monte da un ricovero recente o da un'indicazione specialistica - la procedura si avvale di checklist dedicate allegate alla procedura stessa. Indipendentemente dall'ambito professionale della richiesta, il MMG compila innanzitutto una checklist generale di primo livello (Allegato 1), che rileva il profilo funzionale del paziente secondo l'Indice di Barthel (41), il carico di comorbilità secondo la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (42) e i principali fattori socio-ambientali - convivenza, presenza di un caregiver, eventuale istituzionalizzazione, tempistica dell'ultimo ricovero ospedaliero, fragilità del nucleo familiare - fornendo così un quadro unitario dello stato clinico, funzionale e sociale del paziente prima ancora di sapere quale specifico servizio riabilitativo sarà necessario. A questa valutazione di carattere generale si affianca, per ciascun ambito professionale coinvolto nella richiesta, una checklist specifica che consente all'Unità di Valutazione Integrata di stabilire il codice di priorità entro quel dominio. Si tratta di strumenti che non sostituiscono la valutazione clinica, ma che supportano l'Unità di Valutazione Integrata nella raccolta sistematica delle informazioni necessarie spesso mancanti e a stabilire il codice di priorità e l'appropriatezza della presa in carico, riducendo la variabilità legata alla sola valutazione telefonica o alla documentazione fornita in modo non strutturato.

Modalità operative - Presa in carico fisioterapica

Il Servizio di Fisioterapia Domiciliare si prende cura del paziente garantendo la possibilità di recuperare benessere e salute, comodamente a casa propria e senza rischi attraverso l'attivazione delle cure domiciliari da parte del medico di medicina generale e consulenza fisiatrica. Il servizio di fisioterapia domiciliare è operante nei postumi e negli esiti di malattie traumatologiche, ortopediche, reumatologiche, respiratorie, cardiologiche. Garantisce la continuità assistenziale ospedale-territorio attraverso percorsi codificati che ne permettono appropriatezza e tempestività di intervento. L'attività domiciliare viene garantita anche ai pazienti inseriti nelle case di riposo o residenze protette.

La procedura distingue tre tipologie di richiesta di attivazione fisioterapica, ciascuna con un percorso specifico. Le richieste provenienti da dimissione ospedaliera o riabilitativa protetta e quelle con indicazione di medico specialista attivano una presa in carico diretta entro dieci giorni lavorativi, salvo diversa indicazione nella visita dello specialista; per i pazienti con protesi d'anca in elezione il termine è ridotto a cinque giorni lavorativi, in considerazione della finestra temporale ottimale per l'inizio della riabilitazione post-operatoria e in linea con le procedure dipartimentali. Le richieste provenienti dal Medico di Medicina Generale richiedono invece un passaggio preliminare, per verificare la presenza dei criteri di eleggibilità. Oltre alla checklist generale descritta in apertura di paragrafo (Allegato 1), il MMG compila per queste richieste la checklist specifica per la presa in carico fisioterapica (Allegato 2), articolata sulle 3 dimensioni: decorso di malattia, tipo di patologia e specificatore funzionale. Il meccanismo di priorità automatica riguarda il decorso acuto\post intervento e si estende anche alle richieste di presa in carico post-protesi d'anca o ginocchio con la specificità della presa in carico entro cinque giorni lavorativi. Lo specificatore funzionale, a differenza delle altre checklist della procedura, consente la selezione di due opzioni prioritarie contemporaneamente, per dare conto della frequente compresenza di più deficit funzionali nello stesso paziente - a titolo esemplificativo, la riduzione della capacità deambulatoria e il rischio di caduta. La parte conclusiva dello strumento è riservata alla compilazione dell'UVI, che sulla base del punteggio complessivo assegna il codice di priorità o stabilisce la non attivazione del servizio. I casi verranno quindi classificati secondo uno dei tre codici di priorità: COD 1, con attivazione entro dieci giorni lavorativi, per i casi con

bisogno riabilitativo urgente o post-acuto; COD 2, non prioritario, per i casi stabili con bisogno riabilitativo definito ma non urgente; COD 3, senza priorità in cronicità, per i casi di mantenimento che possono attendere la disponibilità ordinaria del servizio. All'interno dei codici 3 saranno inseriti anche i pazienti cronici affetti da patologie neurodegenerative che verranno presi in carico in linea con le indicazioni dei PDTA regionali.

Modalità operative - Presa in carico logopedica in età adulta

La sezione sulla presa in carico logopedica è articolata in modo da gestire le differenti provenienze delle segnalazioni tenendo conto della specificità del bisogno comunicativo e deglutitorio. Per le richieste provenienti da dimissione da setting riabilitativo o ospedaliero con indicazione alla prosecuzione del trattamento logopedico, e per quelle con indicazione di medico specialista, il percorso è analogo a quello fisioterapico.

Per le richieste da MMG, oltre alla checklist generale descritta in apertura di paragrafo, l'Unità di Valutazione Integrata utilizza la checklist di pre-screening della deglutizione (Allegato 3) per condurre una valutazione preliminare del rischio disfagico prima di decidere l'attivazione. Lo strumento è una versione modificata dello Standardised Swallowing Screen sviluppato da Perry, un test di riferimento per lo screening infermieristico e medico della disfagia in fase acuta, la cui buona concordanza con il giudizio clinico specialistico è stata documentata in letteratura (43,44). La checklist si apre con la verifica della necessità di un intervento di igiene orale, e si articola quindi in tre parti sequenziali a esclusione progressiva. La prima parte verifica due prerequisiti imprescindibili - lo stato di vigilanza e la capacità di risposta verbale del paziente, e la sua capacità di mantenere la posizione seduta con controllo del capo: se entrambe le risposte sono negative, lo screening si interrompe immediatamente e non si procede oltre. La seconda parte verifica quattro ulteriori prerequisiti - la capacità di tossire su richiesta, il controllo della saliva, la capacità di controllo motorio labiale, la libertà respiratoria - e la presenza di voce "bagnata" o gorgogliante: la risposta negativa anche a un solo prerequisito, o la presenza di voce alterata, comporta l'interruzione dello screening e la richiesta di una valutazione specialistica dedicata, senza procedere oltre. Solo se tutti i prerequisiti delle prime due parti risultano soddisfatti si procede alla terza parte, il Water Swallow Test con monitoraggio della saturazione di ossigeno - controindicato nei pazienti in

cui l'aspirazione sia già nota o clinicamente probabile sulla base di altri segni - che prevede la somministrazione controllata di acqua in quantità progressivamente crescenti, con tre somministrazioni da un cucchiaino (10 ml) seguite da 50 ml assunti senza interruzione con una tazza. L'esito della prova si conclude in una delle tre indicazioni: sospensione dell'alimentazione per via orale, possibilità di alimentazione per via orale, oppure richiesta di consulenza specialistica di approfondimento. Il completamento dello screening con esito favorevole comporta l'attivazione, da parte dell'UVI, della valutazione clinico-funzionale logopedica.

Nei casi in cui il paziente sia già portatore di dispositivi di nutrizione enterale (SNG, PEG, PEI) o abbia già effettuato una valutazione videofluoroscopica o endoscopica in ospedale, la procedura prevede il reindirizzamento verso il setting ospedaliero per la rivalutazione strumentale (FEES). Laddove dalla valutazione in setting ospedaliero e/o del servizio NAD/NAO non si evidenzi il rischio di penetrazione/aspirazione si può procedere alla presa in carico logopedica domiciliare.

Gli obiettivi della presa in carico riguardano il monitoraggio nel tempo del paziente disfagico; misurazione del peso e dello stato nutrizionale; evoluzione della funzione deglutitoria; rivalutazione delle consistenze alimentari; tecniche di compenso ovvero posture o manovre; tecniche terapeutiche ovvero esercizi e strategie per facilitare e stimolare la deglutizione e rivalutazioni successive per evidenziare l'efficacia del trattamento. Una nota clinica specifica richiama l'attenzione sull'igiene orale: nei pazienti disfagici una carica batterica orale elevata aumenta significativamente il rischio di polmonite ab ingestis in caso di microaspirazioni, e la procedura prevede che la valutazione e il trattamento logopedico siano preceduti da adeguati interventi di igiene del cavo orale.

Per l'ambito dei disturbi di comunicazione e del linguaggio, la procedura si avvale di un'ulteriore checklist dedicata (Allegato 4). Lo strumento adotta una logica di punteggio articolata su tre dimensioni indipendenti, ciascuna delle quali contribuisce con un valore decrescente in base alla gravità o complessità dell'opzione selezionata: il decorso della malattia (acuto, cronico, degenerativo), il tipo di patologia (disartria, disturbi comunicativi su base neuropsicologica, afasia e aprassia) e lo specificatore del linguaggio interessato

(comprensione, produzione, ripetizione, scrittura, lettura). Il decorso acuto determina automaticamente l'attribuzione della priorità più elevata alla presa in carico, indipendentemente dal punteggio conseguito nelle altre due dimensioni, coerentemente con l'urgenza clinica che caratterizza le condizioni a esordio acuto. Negli altri casi, la priorità di presa in carico è determinata dalla somma dei punteggi delle tre dimensioni: a un punteggio complessivo più elevato corrisponde una maggiore priorità di attivazione della valutazione funzionale logopedica. Anche in questo caso lo strumento è concepito come supporto alla decisione dell'Unità di Valutazione Integrata, non come sostituto della valutazione logopedica specialistica.

Modalità operative - Presa in carico in età evolutiva

La presa in carico riabilitativa domiciliare in età evolutiva è rivolta a bambini e adolescenti con bisogni di tipo neuropsicomotorio, logopedico e fisioterapico che, per condizioni cliniche o funzionali, risultino non trasportabili o temporaneamente impossibilitati ad accedere al setting ambulatoriale. La non trasportabilità può derivare da problematiche cliniche che impediscono al paziente di permanere in un ambiente comunitario condiviso - a titolo esemplificativo, condizioni di immunodepressione che espongono a un rischio infettivo non accettabile in un contesto ambulatoriale - oppure da problematiche sociali che rendono di fatto impraticabile il trasporto e l'accesso alla struttura. La non trasportabilità costituisce il principale criterio di appropriatezza del trattamento domiciliare e deve essere valutata insieme alla presenza di un bisogno riabilitativo e di obiettivi definiti nel Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), in coerenza con l'analoga procedura adottata per la presa in carico in età evolutiva in setting ambulatoriale. L'attivazione avviene attraverso l'equipe multidisciplinare di riferimento, con valutazione UVI che include necessariamente la figura del neuropsichiatra infantile e del medico specialista di riferimento.

Possono rientrare nel percorso i minori con disturbi del neurosviluppo, paralisi cerebrali infantili, sindromi genetiche, patologie neurologiche acquisite o neurodegenerative, esiti di grave prematurità, patologie rare e disabilità complesse, anche associate a compromissioni neuromotorie, disfagia, disturbi della comunicazione e del linguaggio, difficoltà cognitive o neuropsicologiche e deficit percettivi o sensoriali. La presa in carico può inoltre interessare

altre condizioni del neurosviluppo, quando il quadro clinico, funzionale e sociale renda non praticabile l'accesso ai servizi ambulatoriali.

La definizione del percorso avviene in modo multiprofessionale, con il coinvolgimento, in relazione ai bisogni del minore, di neuropsichiatra infantile, fisiatra, fisioterapista, logopedista, terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva e delle altre figure sanitarie e sociali necessarie. Il PRI definisce gli obiettivi, le modalità e la frequenza degli interventi, tenendo conto delle abilità residue e recuperabili, dei fattori ambientali e delle esigenze del minore e della famiglia.

La priorità di attivazione viene attribuita dall'UVI successivamente alla verifica dell'appropriatezza del setting domiciliare, mentre la priorità delle cure viene stabilita attraverso l'attribuzione di punteggi, raccolti in un'apposita checklist dedicata (Allegato 5), sulla base di criteri individuati per età, patologia e indicatori specifici del disturbo: ai fini della definizione delle priorità si utilizzano gli stessi specificatori clinici impiegati per la presa in carico in età evolutiva in setting ambulatoriale, coerentemente con la logica di punteggio già descritta per la checklist dei disturbi di comunicazione e del linguaggio, per cui a un punteggio complessivo più elevato corrisponde una maggiore priorità di presa in carico. I trattamenti riabilitativi con presa in carico diretta sono privilegiati nella fascia 0-8 anni per la riabilitazione logopedica e fisioterapica e nella fascia 0-6 anni per la riabilitazione neuropsicomotoria.

5.2 Matrice RACI: chi fa cosa nel processo di presa in carico

ATTIVITÀ	COT	DEC	D.O.	R.R.	C.C.	MMG	M.S.	P.R	DIS	UVI
Segnalazione bisogno riabilitativo	**C**	**–**	**–**	**I**	**–**	**R**	**C**	**–**	**I**	**A**
Raccolta documentazione clinica	**R**	**–**	**–**	**I**	**–**	**C**	**I**	**–**	**I**	**A**
Valutazione multidimensionale	**C**	**–**	**–**	**C**	**–**	**C**	**C**	**I**	**A**	**R**
Presa in carico	**I**	**–**	**–**	**R**	**I**	**C**	**C**	**C**	**A**	**I**
Erogazione trattamento riabilitativo	**I**	**–**	**–**	**A**	**C**	**I**	**C**	**R**	**I**	**I**
Monitoraggio	**C**	**A**	**R**	**–**	**–**	**–**	**–**	**–**	**C**	**I**
Dimissione riabilitativa	**I**	**–**	**–**	**C**	**–**	**C**	**C**	**C**	**A**	**R**

Tabella 7. Matrice RACI del processo di presa in carico.

***Ruoli**: COT = Centrale Operativa Territoriale; DEC = Direttore dell'Esecuzione del Contratto; D.O. = Direttore Operativo; R.R. = Referente della Riabilitazione (Incarico di Funzione Organizzativa); C.C. = Coordinatore della Cooperativa appaltatrice; MMG = Medico di Medicina Generale; M.S. = Medico Specialista; P.R. = Professionista della Riabilitazione; DIS. = Distretto sanitario; UVI = Unità di Valutazione Integrata.*

***Legenda valori**: R = Responsible (esegue); A = Accountable (risponde del risultato); C = Consulted (viene consultato); I = Informed (viene informato); – = non coinvolto.*

5.3 Indicatori di processo e standard di monitoraggio

Coerentemente con la logica di implementazione monitorata discussa nel capitolo 2, alla procedura aziendale sono stati affiancati tre indicatori di processo, scelti secondo un duplice criterio: la rilevabilità, ovvero la possibilità di calcolarli a partire da dati già presenti nel sistema informativo del servizio senza aggiungere oneri di raccolta agli operatori, e la pertinenza, ovvero la capacità di misurare aspetti direttamente connessi agli obiettivi della procedura. I primi due indicatori misurano la tempestività della presa in carico per le due principali vie di accesso fisioterapico da dimissione protetta; il terzo misura la qualità della documentazione come proxy dell'adesione alla procedura.

INDICATORE	**FORMULA DI CALCOLO**	**STANDARD**
Presa in carico post-protesi d'anca/ginocchio entro 5 giorni lavorativi	N° prese in carico entro 5 gg / N° totale prese in carico post-protesi × 100	≥ 98%
Attivazione COD 1 entro 10 giorni lavorativi	N° attivazioni COD 1 entro 10 gg / N° totale attivazioni COD 1 × 100	100%
Completezza documentale al momento della presa in carico	N° cartelle con documentazione completa / N° totale prese in carico × 100	≥ 80%*

Tabella 8. Indicatori di processo selezionati e standard di riferimento adottati per il primo ciclo di monitoraggio.

5.3.1 Il problema della definizione degli standard in assenza di riferimenti di letteratura

A differenza di alcuni indicatori clinici, per i quali esistono soglie di riferimento validate in letteratura, non sono stati reperiti standard consolidati per i tempi di presa in carico riabilitativa domiciliare specifici per il contesto organizzativo e normativo italiano qui considerato. Di fronte a questa lacuna, due impostazioni erano possibili: fissare uno standard

aspirazionale, ad esempio il 100% di conformità su ogni indicatore, con il rischio di proporre fin dall'avvio del monitoraggio un obiettivo irrealistico e potenzialmente demotivante per gli operatori; oppure costruire uno standard empirico, ancorato alla performance realmente osservata nella prassi corrente del servizio, da utilizzare come punto di partenza e da rivedere nel tempo. È stata scelta la seconda strada.

È importante chiarire che questo procedimento riguarda esclusivamente la soglia percentuale di conformità ("quale percentuale di prese in carico ci si attende rispetti il termine"), non il termine stesso in giorni lavorativi. Il termine di 5 giorni per le protesi d'anca in elezione e di 10 giorni per le attivazioni COD 1 è infatti già stabilito dalla procedura aziendale già descritta, sulla base di criteri clinico-organizzativi indipendenti dai dati qui analizzati (la finestra terapeutica ottimale per la riabilitazione post-protesica nel primo caso, i criteri regionali di priorità per le dimissioni protette nel secondo). I dati storici sono stati impiegati soltanto per stabilire quanto, nella pratica corrente del servizio, quel termine venga già rispettato — e quindi quale sia una soglia di partenza realistica per il monitoraggio, non per ridefinire il termine stesso.

5.3.2 Fonte dei dati, periodo e popolazione analizzata

L'analisi si basa sui dati del sistema informativo SisTer relativi al distretto di Pesaro, nel periodo gennaio-giugno 2026. Sono state considerate tutte le attivazioni di fisioterapia domiciliare originate da dimissione protetta nel periodo indicato, suddivise in due sottogruppi coerenti con la differenziazione degli standard procedurali: i pazienti con esiti di protesi d'anca o ginocchio, soggetti al termine di 5 giorni lavorativi, e tutte le altre dimissioni protette (indipendentemente dalla provenienza regionale o extraregionale), soggette al termine di 10 giorni lavorativi. Nel periodo considerato sono state registrate complessivamente 242 attivazioni, di cui 51 riferite a pazienti protesizzati e 191 a tutte le altre patologie.

5.3.3 Definizione operativa del tempo di presa in carico

Il tempo di presa in carico è stato definito come l'intervallo, espresso in giorni lavorativi, tra la data di riferimento e la data del primo accesso del professionista sanitario al domicilio del

paziente. La data di riferimento non coincide sempre con la data di dimissione ospedaliera: quando la richiesta di attivazione perviene al servizio in un momento successivo alla dimissione — situazione non infrequente per ritardi nella trasmissione della documentazione tra ospedale e territorio — si è presa come riferimento la data di arrivo della richiesta, e non la data di dimissione. Questa scelta evita di attribuire al servizio ritardi che non dipendono dalla sua organizzazione interna, ma da fasi amministrative a monte non governate dal servizio stesso. Per giorni lavorativi si intendono, coerentemente con l'orario di apertura previsto dal contratto di appalto, i giorni dal lunedì al sabato compreso.

5.3.4 Costruzione dello standard percentuale: la logica della baseline

Per ciascuna attivazione registrata nel periodo è stato verificato, in modo dicotomico, se il tempo di presa in carico così definito rispettasse o meno il termine procedurale di riferimento (5 o 10 giorni lavorativi a seconda del sottogruppo). I risultati sono stati aggregati su base mensile e sull'intero periodo, calcolando la percentuale di attivazioni conformi al termine. Accanto a questo indicatore dicotomico è stata calcolata, per ciascun mese e sul totale, anche la media dei giorni di attesa effettivamente osservati. Questo secondo valore non sostituisce la percentuale di conformità ma la integra: due periodi di monitoraggio con la medesima percentuale di conformità al termine (ad esempio il 100%) possono infatti nascondere tempi medi di attesa molto diversi, un'informazione persa se si osserva solo il rispetto o il non rispetto della soglia.

Il valore percentuale complessivamente osservato nel periodo gennaio-giugno 2026 è stato adottato come standard di partenza per il primo ciclo di monitoraggio della procedura. Il piano di revisione biennale previsto per la procedura aziendale include la rivalutazione di questi standard sulla base dei dati raccolti nel primo ciclo completo di applicazione, con la prospettiva di innalzarli progressivamente man mano che il servizio consolida le nuove prassi operative introdotte dalla procedura stessa.

5.3.5 Risultati: presa in carico post-protesi d'anca e ginocchio

Nel periodo osservato, su 51 pazienti con esiti di protesi d'anca o ginocchio presi in carico da dimissione protetta, in 50 casi la presa in carico è avvenuta entro i 5 giorni lavorativi previsti dalla procedura, con un'unica eccezione registrata nel mese di febbraio. La percentuale di conformità complessiva sul periodo è quindi pari al 98%, che è stata adottata come standard di riferimento per questo indicatore (Tabella 9). Il tempo medio di presa in carico è stato di 2,70 giorni lavorativi, con un minimo di 0 giorni (presa in carico nella stessa giornata della dimissione) e un massimo di 7 giorni, riferito proprio al caso non conforme al termine standard.

MESE	N° PROTESI ENTRO 5 GG	N° TOTALE PROTESI	% CONFORMITÀ	MEDIA GG
Gennaio	6	6	100%	4,00
Febbraio	10	11	91%	2,36
Marzo	7	7	100%	1,85
Aprile	8	8	100%	2,50
Maggio	5	5	100%	2,60
Giugno	14	14	100%	3,00
TOTALE	**50**	**51**	**98%**	**2,70**

Tabella 9. Presa in carico dei pazienti con esiti di protesi d'anca/ginocchio da dimissione protetta, gennaio–giugno 2026.

Va segnalato che, con una numerosità mensile compresa tra 5 e 14 casi, la percentuale mensile è sensibile a singole osservazioni: nel mese di febbraio, ad esempio, un solo caso non conforme su 11 attivazioni corrisponde a una percentuale mensile del 91%, un valore che andrebbe interpretato con cautela proprio per l'esiguità del denominatore, piuttosto che come indicazione di un peggioramento strutturale della performance in quel mese.

5.3.6 Risultati: presa in carico da altre dimissioni protette (COD 1)

Per le dimissioni protette non riconducibili a interventi di protesizzazione, lo standard procedurale dei 10 giorni lavorativi è stato rispettato nella totalità dei 191 casi osservati nel periodo, con una percentuale di conformità del 100% (Tabella 10). Il tempo medio di presa in carico è stato di 2,91 giorni lavorativi, con un minimo di 0 giorni e un massimo di 10 giorni. Anche in questo caso, la media dei giorni effettivi fornisce un'informazione che la sola percentuale di conformità non restituisce: pur in presenza di una conformità piena al termine procedurale, il tempo medio di attesa reale (2,91 giorni) resta un indicatore utile da monitorare nei cicli successivi, in particolare per verificare che non si avvicini progressivamente al limite dei 10 giorni pur mantenendo formalmente la conformità.

MESE	N° D.P. ENTRO 10 GG	N° TOTALE D.P.	% CONFORMITÀ	MEDIA GG
Gennaio	32	32	100%	3,10
Febbraio	25	25	100%	2,25
Marzo	39	39	100%	3,00
Aprile	41	41	100%	3,05
Maggio	25	25	100%	3,44
Giugno	29	29	100%	2,52
TOTALE	**191**	**191**	**100%**	**2,91**

Tabella 10. Presa in carico dei pazienti con altre dimissioni protette, gennaio–giugno 2026.

5.3.7 Limiti dell'analisi e ricadute sul piano di revisione

L'analisi dei dati eseguita presenta diversi limiti. Innanzitutto, l'ambito territoriale è limitato. L'analisi è stata condotta sul solo distretto di Pesaro; gli standard così costruiti non tengono conto di eventuali differenze organizzative nei distretti di Fano e Urbino. Il primo ciclo di monitoraggio della procedura dovrebbe estendere la raccolta dati ai tre distretti, per verificare

se gli standard qui proposti siano rappresentativi dell'intera AST PU o debbano essere differenziati per distretto.

In secondo luogo, la finestra temporale utilizzata è relativamente breve. I sei mesi analizzati non consentono di escludere effetti stagionali sui volumi e sui tempi di presa in carico. Un periodo di osservazione più lungo, o il confronto tra semestri successivi, permetterebbe di verificare la stabilità degli standard qui proposti. Infine, i dati disponibili non consentono di valutare l'adeguatezza delle risorse professionali impiegate nel periodo osservato: non è dato sapere, ad esempio, da quante persone sia stata garantita l'attivazione delle prese in carico nei sei mesi considerati, né se assenze per malattia o ferie del personale coinvolto - che a livello nazionale si attestano mediamente attorno agli otto giorni annui per addetto - abbiano inciso sulla performance osservata. Un'analisi futura dovrebbe pertanto documentare anche il numero di professionisti coinvolti nella gestione degli accessi e la loro continuità di servizio nel periodo di monitoraggio, per verificare in che misura la conformità agli standard dipenda dalla numerosità e dalla stabilità delle risorse dedicate, piuttosto che dalla sola efficacia della procedura.

In terzo luogo, si nota una sensibilità della percentuale a bassa numerosità. Come osservato per il mese di febbraio, con numerosità mensili contenute (5-14 casi per le protesi) ogni singolo caso non conforme sposta la percentuale mensile di diversi punti. Nei report di monitoraggio futuri può essere utile accompagnare la percentuale mensile con il valore assoluto di casi non conformi, per evitare interpretazioni fuorvianti di variazioni dovute al solo effetto del piccolo numero.

Infine, i dati sono solo di natura descrittiva. I dati disponibili permettono di quantificare il fenomeno ma non di spiegarne le cause: non è possibile stabilire, sulla base dei soli dati Sister, per quale motivo il caso di febbraio non abbia rispettato il termine standard. Un'analisi delle cause radice dei casi non conformi, da integrare come prassi routinaria nei cicli di audit successivi, permetterebbe di trasformare l'indicatore da semplice misura di esito a strumento di miglioramento continuo.

6. Discussione

6.1 Dal criterio implicito al criterio esplicito: il principio unificante dei risultati

Letti singolarmente, i risultati presentati nel capitolo precedente sembrano appartenere a registri diversi: una procedura articolata in percorsi differenziati, cinque checklist di supporto alla decisione basate su scale validate o costruite secondo una logica analoga, una matrice di responsabilità, tre indicatori con i relativi dati di monitoraggio. Letti insieme, condividono però un'unica operazione di fondo, che è il vero risultato del progetto più della somma dei singoli strumenti: la trasformazione di una serie di giudizi che venivano formulati in modo implicito e non verificabile - se attivare il servizio, con quale urgenza, a chi affidare la decisione, se il termine sia stato rispettato - in altrettanti criteri espliciti, condivisi e verificabili a posteriori. I codici di priorità non introducono un bisogno di differenziazione che prima non esisteva: a livello distrettuale si differenziava già, di fatto, le priorità di attivazione, ma restava una differenziazione informale, non tracciata e non uniforme tra i tre territori. Lo stesso vale per le checklist di screening, fisioterapica e logopedica: non introducono un giudizio clinico nuovo, ma strutturano un giudizio che in precedenza veniva formulato in modo sicuramente meno tracciabile; per la matrice RACI, che non crea relazioni professionali inedite ma nomina relazioni di fatto già esistenti; e persino per gli indicatori di processo, che non misurano un fenomeno nuovo ma rendono visibile, con i suoi limiti, un fenomeno che in precedenza non veniva misurato affatto.

Un secondo principio, meno immediato ma altrettanto ricorrente, è che l'esplicitazione dei criteri non ha comportato, nella progettazione della procedura, una loro uniformazione. Se l'obiettivo fosse stato semplicemente trattare tutti i pazienti allo stesso modo, sarebbe bastato un unico percorso e un'unica tempistica. La procedura ha scelto invece di esplicitare anche le differenze: tre percorsi in base al soggetto segnalante, tre codici di priorità in base all'urgenza clinica, una sequenza di verifiche a esclusione progressiva nelle checklist di screening, tempistiche distinte per le protesi in elezione rispetto alle altre dimissioni protette. In altri termini, il risultato del progetto non è stato un appiattimento del bisogno su uno

standard unico, ma la costruzione di una griglia esplicita di differenziazioni che sostituisce una differenziazione informale e non uniforme con una differenziazione dichiarata e uniformemente applicata.

Su questo impianto, i dati del primo semestre restituiscono un'indicazione di fattibilità più che di validazione. Le percentuali osservate - 98% per le protesi, 100% per le altre dimissioni protette - non dimostrano la correttezza degli standard, ma dimostrano piuttosto che i termini di 5 e 10 giorni lavorativi sono target raggiungibili, non solo aspirazionali. È un'informazione utile per avviare il monitoraggio, ma non una prova di efficacia: questa richiederebbe un confronto con il periodo precedente alla procedura, dato oggi non disponibile.

Non tutti gli elementi emersi si prestano a questa lettura lineare, e alcune eccezioni meritano di essere segnalate esplicitamente piuttosto che assorbite nella generalizzazione. Il caso di febbraio, con l'unica attivazione non conforme dell'intero semestre, non rappresenta un'anomalia da spiegare ma un promemoria metodologico: con numerosità mensili comprese tra 5 e 14 casi, la percentuale di conformità è uno strumento fragile su base mensile e più robusto solo se letto sull'aggregato semestrale, un limite che qui va enunciato come principio generale, valido per qualunque servizio di dimensioni analoghe che intenda monitorare indicatori di processo su base mensile. Più rilevante è un secondo punto: gli indicatori qui costruiti misurano esclusivamente la tempestività della presa in carico, non la sua qualità né la sua appropriatezza, e nemmeno le componenti - coordinamento tra professionisti, adeguatezza delle risorse dedicate, continuità del follow-up - che l'analisi della letteratura ha documentato come determinanti almeno quanto la rapidità di attivazione. Una terza cautela riguarda lo stesso strumento di classificazione del bisogno su cui la procedura si appoggia: il coefficiente di intensità assistenziale, per quanto istituzionalizzato dalla normativa regionale, condivide con gli altri sistemi di classificazione censiti in letteratura una validazione empirica ancora limitata [25], il che invita a trattarlo come un riferimento organizzativo utile ma non come una misura clinicamente validata in senso stretto.

Resta infine un limite che è onesto dichiarare in questa sede: la procedura qui presentata è, allo stato attuale, una proposta tecnica elaborata a supporto del gruppo di lavoro aziendale, sulla base della revisione della letteratura e della diagnosi organizzativa condotte nel presente

lavoro, e non un documento aziendale formalmente adottato. Come già discusso, la sua definizione e adozione compete a un gruppo di lavoro che l'AST PU dovrà costituire in base ai criteri di qualità aziendali - comprendente i medici fisiatri, i Medici di Medicina Generale, i Direttori Operativi dei tre distretti, i Direttori di Distretto e l'Ufficio Qualità Aziendale - che ad oggi non si è ancora riunito. Questo passaggio non è una formalità amministrativa residua da completare in un secondo momento: è la sede in cui la procedura incontrerà punti di vista professionali che il presente lavoro di analisi non poteva rappresentare pienamente - in particolare la titolarità clinica del fisiatra sul Progetto Riabilitativo Individuale e del Medico di Medicina Generale sul Piano Assistenziale Individualizzato, oltre alla verifica di coerenza con il sistema di gestione della qualità aziendale - e nella quale singoli criteri, tempistiche o responsabilità qui proposti potrebbero essere rivisti prima dell'adozione.

I risultati presentati in questo lavoro vanno dunque letti, con questo limite esplicitamente dichiarato, come una condizione necessaria ma non ancora sufficiente per il governo unificato degli accessi nei tre distretti dell'AST PU: la loro validità è quella di una proposta tecnico-scientifica fondata su evidenza e su diagnosi organizzativa, non quella di un atto aziendale già efficace.

6.2 I risultati alla luce della letteratura

Il punto di partenza resta, come già indicato, un'assenza specifica: l'overview Cochrane dedicata alla governance dei servizi riabilitativi non ha reperito alcuna revisione sistematica pertinente [22]. Non esiste, per la riabilitazione domiciliare in quanto tale, un modello di governance validato con cui confrontare la procedura qui sviluppata. Restringendo però lo sguardo non alla riabilitazione domiciliare in sé, ma alla funzione specifica che la procedura svolge - stabilire criteri con cui ordinare l'accesso a un servizio a fronte di una domanda che eccede la capacità disponibile - la letteratura offre alcuni riscontri diretti, provenienti da ambiti assistenziali diversi ma strutturalmente comparabili, che meritano di essere discussi prima di tornare al merito specifico della riabilitazione.

Il primo riguarda proprio gli strumenti di prioritizzazione dei pazienti come categoria a sé. Una revisione sistematica pubblicata su *Systematic Reviews*, condotta secondo protocollo

registrato su PROSPERO, ha censito 48 studi relativi a 34 diversi strumenti di prioritizzazione utilizzati in contesti sanitari non urgenti - la maggior parte dei quali sviluppati per gestire le liste d'attesa di interventi chirurgici in elezione [45]. Il dato che ne emerge è duplice: da un lato, l'effetto di questi strumenti sui tempi di attesa resta inconcludente, senza un beneficio dimostrato in modo consistente; dall'altro, il loro vantaggio più solido si colloca altrove, nell'accettabilità da parte dei professionisti e nell'aumento percepito di trasparenza ed equità per i pazienti. È una lettura che ridimensiona in modo salutare l'aspettativa sui codici di priorità della procedura aziendale: la loro funzione principale, alla luce di questa evidenza, non è tanto garantire di per sé tempi di attesa più brevi in assoluto, quanto rendere il criterio con cui i pazienti vengono ordinati esplicito, uniforme e verificabile - esattamente il principio discusso nel paragrafo 6.1. Lo stesso lavoro segnala inoltre che l'implementazione di questi strumenti nella pratica clinica corrente resta una sfida aperta anche dopo la loro validazione tecnica [45]: un ulteriore richiamo, stavolta dall'esterno, al limite già dichiarato sulla necessità della costituzione del gruppo di lavoro aziendale per la definizione e la piena adozione della procedura.

Il secondo riscontro riguarda più da vicino l'architettura organizzativa della procedura, in particolare la Centrale Operativa Territoriale (COT), presente come attore chiave anche nella matrice RACI. Nell'assetto attuale dell'AST PU, infatti, è la COT - e non il Punto Unico di Accesso, rimasto operativo come sportello a cui il cittadino può rivolgersi direttamente per informazioni o per l'invio di documentazione - a ricevere le richieste di attivazione provenienti dai Medici di Medicina Generale, dagli specialisti e dai percorsi di dimissione protetta, svolgendo di fatto la funzione di canale unico verso cui convergono le segnalazioni professionali. Un modello equivalente - un singolo canale che riceve le segnalazioni, distingue i casi semplici da quelli complessi e attiva il livello di valutazione appropriato - è stato introdotto ed è studiato da tempo nei servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza del sistema sanitario inglese, sotto il nome di "single point of access". Uno studio osservazionale a metodi misti, condotto su due servizi territoriali inglesi, ne descrive sia i benefici sia le difficoltà pratiche [46]: da un lato, il canale unico ha reso più semplice e rapido l'accesso, aumentando in modo marcato il numero di richieste gestite; dall'altro, gli

stessi autori documentano come la sfida più rilevante sia stata garantire decisioni di triage coerenti tra un operatore e l'altro, un obiettivo raggiunto solo attraverso una raccolta di informazioni strutturata al momento della valutazione - senza la quale, riportano gli intervistati, uno stesso caso poteva ricevere risposte diverse a seconda di chi rispondeva alla chiamata. È un parallelo diretto con la funzione delle checklist di screening allegate alla procedura: strumenti pensati non per sostituire il giudizio del professionista che opera all'interno della COT, ma per garantire che quel giudizio si basi su informazioni raccolte in modo uniforme fin dalla segnalazione del MMG. Lo stesso studio segnala infine un limite che vale la pena richiamare: l'introduzione di un canale unico di questo tipo rende più facile raggiungere il servizio, ma non aumenta di per sé la capacità di risposta disponibile a valle - un avvertimento diretto contro l'aspettativa che la sola razionalizzazione dell'accesso, senza un adeguamento delle risorse professionali, possa da sola risolvere il problema della domanda.

Il terzo riscontro riguarda il percorso aziendale per la presa in carico post-protesi d'anca e di ginocchio in elezione. Una revisione sistematica pubblicata su *BMC Health Services Research* ha esaminato gli interventi efficaci nel ridurre i tempi di attesa per la chirurgia elettiva attraverso il miglioramento del processo di segnalazione dal territorio, trovando che le pratiche di triage e prioritizzazione strutturata al momento della segnalazione erano associate a un accesso più tempestivo e a un maggior numero di visite effettivamente utili per i pazienti chirurgici [47]. Applicata al presente lavoro, questa evidenza offre un sostegno esterno diretto - stavolta sì, nello stesso ambito organizzativo delle liste d'attesa per interventi in elezione a cui la procedura fa riferimento - alla scelta di differenziare le tempistiche di attivazione (5 giorni per le protesi, 10 per le altre dimissioni protette) sulla base di una segnalazione strutturata, piuttosto che di un unico termine uniforme per tutte le richieste.

Tornando al merito specifico dei criteri di accesso in ambito domiciliare, dove la letteratura della revisione del capitolo 2 offre indicazioni più operative, i risultati del progetto trovano riscontri parziali, non sempre lineari. Il principio dell'esplicitazione dei criteri trova sostegno diretto nella revisione sistematica di revisioni sui modelli di ospedalizzazione domiciliare, che identifica proprio i criteri di eleggibilità non condivisi come una delle principali barriere

all'implementazione [31]: la scelta di rendere espliciti i criteri di accesso, anziché lasciarli alla prassi implicita dei singoli Direttori Operativi, è coerente con quanto la letteratura indica come fattore facilitante piuttosto che come barriera. Lo stesso studio segnala però che, insieme ai criteri clinici, la situazione sociale del paziente rappresenta una barriera altrettanto rilevante [31]: su questo punto la procedura resta più debole, poiché i criteri di eleggibilità restano ancorati principalmente a indicazione clinica, provenienza della segnalazione e urgenza temporale, mentre la dimensione sociale entra nel processo solo indirettamente, attraverso l'eventuale attivazione dell'Unità di Valutazione Integrata.

Un confronto più critico emerge dallo studio qualitativo canadese sulla prioritizzazione delle richieste di terapia occupazionale domiciliare che documenta come i professionisti tendano a prioritizzare in base alla sicurezza clinica, mentre l'utenza - anziani e persone con disabilità - privilegi rispettivamente l'autonomia e la partecipazione sociale [28]. I codici di priorità della procedura aziendale sono costruiti su una logica in larga parte analoga a quella dei professionisti descritti nello studio canadese che suggerisce come questa impostazione lasci perlopiù implicita la dimensione del bisogno percepito dal paziente. Sul versante della transizione che precede l'accesso, la sintesi qualitativa Cochrane sui fattori organizzativi della riabilitazione domiciliare individua il passaggio dall'ospedale al domicilio come momento critico del percorso di cura, insieme ai requisiti che l'ambiente domestico deve soddisfare [24]. Questo è un riscontro diretto alla scelta della procedura di riservare ai percorsi da dimissione protetta le tempistiche di attivazione più rapide. Lo studio cinese basato sul modello Kano, dimostrando empiricamente che uno stesso bisogno può essere trascurabile per un livello di gravità e imprescindibile per un altro [30], supporta concettualmente la scelta di differenziare i tre codici di priorità anziché applicare un criterio uniforme.

Il confronto più diretto, per prossimità di contesto normativo e organizzativo, resta lo studio italiano sulla dimissione protetta integrata [32]. L'attivazione precoce dell'assistenza domiciliare, isolata dalle altre componenti del percorso, non garantiva un esito migliore e nel modello multivariabile risultava anzi associata a un rischio più elevato di riospedalizzazione. È un avvertimento diretto per l'interpretazione degli indicatori qui presentati, che misurano esattamente la componente che quello studio isola e giudica insufficiente da sola: la rapidità

di attivazione. Il pieno raggiungimento dei target di conformità osservato nel semestre - 98% e 100% - non va quindi interpretato come garanzia di qualità della presa in carico, ma come una condizione necessaria e più facilmente misurabile di un processo la cui qualità dipende anche da componenti che gli indicatori attuali non catturano.

Sul versante degli strumenti standardizzati, il caso francese dell'implementazione nazionale di interRAI [26] e lo studio sui sistemi computerizzati di percorsi di cura in Québec [27] mostrano come l'adozione di uno strumento standardizzato richieda una fase sperimentale, formazione e una leadership capace di sostenerlo nel tempo. Il caso canadese, in particolare, è arrivato a rendere pienamente operative solo tre delle cinque fasi progettate anche con risorse dedicate su base pluriennale. Coerentemente, l'overview Cochrane sulle strategie di implementazione in riabilitazione segnala che le evidenze disponibili riguardano soprattutto il sostegno all'adesione del paziente, mentre restano scarse le evidenze su strategie rivolte alle organizzazioni nel loro complesso [23]. Il tema del coordinamento, infine, ricorre anche nella scoping review sulle transizioni ospedale-domicilio in età pediatrica, dove risulta il tema più costantemente riportato dai professionisti a tutti i livelli del sistema di cura [33], e trova un'ultima cautela nello studio polacco sulla qualità dei referral in cure palliative, dove uno strumento di screening in uso da oltre vent'anni, con sensibilità già dimostrata, risultava comunque compilato in modo incompleto in circa metà dei casi osservati [29]: un ridimensionamento dell'aspettativa che la sola esistenza delle checklist di screening basti a garantirne un uso corretto e sistematico.

6.3 Implicazioni teoriche e applicative

Sul piano teorico, il contributo più diretto di questo lavoro va misurato rispetto al vuoto documentato nel capitolo 2: se la ricerca sistematizzata internazionale non ha ancora prodotto modelli di governance validati per l'accesso alla riabilitazione domiciliare, un caso singolo fondato sulla diagnosi organizzativa del contesto specifico e su un primo ciclo di dati di monitoraggio rappresenta comunque un contributo a un'area che, per ammissione della stessa Cochrane, resta scarsamente documentata. Più che una risposta definitiva, il progetto propone una logica trasferibile: l'idea che criteri di accesso efficaci nascano dall'incontro tra evidenza

scientifica generale e diagnosi organizzativa locale, non dall'applicazione meccanica dell'una o dell'altra da sole. Questo potrebbe candidarsi a principio guida per altri servizi territoriali alle prese con la stessa combinazione di frammentazione tra distretti e gestione esternalizzata che ha originato il progetto qui descritto - fermo restando che si tratta di un'ipotesi da verificare in altri contesti, non di un risultato già dimostrato.

Sul piano applicativo, le implicazioni più immediate riguardano lo stesso territorio dell'AST PU. La struttura in fasi sequenziali della procedura - criteri di eleggibilità, priorità, presa in carico, monitoraggio - e la logica a esclusione progressiva delle checklist di screening non sono vincolate alla sola riabilitazione domiciliare. La stessa architettura potrebbe essere applicata ad altri nodi di accesso del servizio ARD o di servizi affini che presentino un problema analogo di criteri impliciti e non uniformi, come già indicato dal precedente organizzativo rappresentato dal percorso protesi elettive richiamato nel paragrafo 4.2. Più in generale, il formato di indicatore qui adottato - percentuale di conformità accompagnata dal valore assoluto dei casi e dal tempo medio effettivo, non dalla sola percentuale - potrebbe essere proposto come prassi di riferimento per il monitoraggio di altri processi a bassa numerosità mensile all'interno dell'azienda, dove la sola percentuale rischia di restituire un'immagine distorta della performance reale.

Ci si può spingere a ipotizzare, con la cautela che il caso singolo impone, un'implicazione di scala più ampia. In un momento in cui il quadro normativo nazionale e regionale spinge con decisione verso la standardizzazione dell'assistenza domiciliare, la metodologia qui impiegata potrebbe costituire un riferimento procedurale replicabile per altre Aziende Sanitarie Territoriali della Regione Marche impegnate in percorsi di riorganizzazione analoghi. I valori specifici degli standard qui proposti, invece, restano legati al contesto e al periodo di osservazione da cui sono stati ricavati. Proprio perché, come mostrano gli studi sugli strumenti di prioritizzazione discussi nel paragrafo precedente, il vantaggio più solido di questo tipo di strumenti risiede nella trasparenza e nell'accettabilità professionale più che in un guadagno dimostrato sui soli tempi di attesa [45], un modello di questo tipo si presterebbe a essere valutato, in eventuali repliche future, proprio su questi aspetti - equità e trasparenza percepita - e non solo sulla percentuale di conformità agli standard temporali.

7. Conclusioni

Questo lavoro ha preso avvio da una constatazione precisa: i tre distretti dell'AST Pesaro Urbino gestivano l'accesso alla riabilitazione domiciliare secondo prassi diverse, mai raccolte in un riferimento condiviso. Colmare questo vuoto ha richiesto la costruzione di una base di procedura articolata per tipologia di segnalazione e priorità clinica, di cinque checklist di supporto alla decisione allegate - una checklist generale di primo livello e quattro checklist specifiche per la presa in carico fisioterapica, per lo screening della disfagia, per i disturbi di comunicazione e del linguaggio e per la presa in carico in età evolutiva, di una matrice che assegna un ruolo esplicito a ciascun attore coinvolto nel processo, e di un primo impianto di indicatori, messo alla prova su sei mesi di attività reale.

Va però ribadito con chiarezza, per evitare fraintendimenti, che nessuno di questi strumenti ha oggi valore vincolante per il servizio. Il presente lavoro - condotto dalla candidata attraverso la revisione della letteratura e la diagnosi organizzativa, con il contributo conoscitivo dei Direttori Operativi dei tre distretti e la supervisione della Dirigenza delle Professioni Sanitarie - costituisce una base di analisi a supporto del gruppo di lavoro aziendale che l'AST PU dovrà costituire per la definizione e l'adozione della procedura, non il gruppo di lavoro stesso. Come già argomentato, mancano il confronto con i fisiatri e i Medici di Medicina Generale, l'approvazione dei Direttori di Distretto e la verifica dell'Ufficio Qualità Aziendale. Finché questo passaggio non sarà compiuto, quanto qui presentato resta un contributo tecnico a disposizione dell'azienda, non una disposizione operativa.

Tre sviluppi renderebbero questo lavoro pienamente operativo. Il più urgente è la costituzione, da parte dell'AST PU, del gruppo di lavoro aziendale competente, a cui sottoporre la presente analisi per la definizione e la validazione formale della procedura. Il monitoraggio, condotto finora sul solo distretto di Pesaro, andrebbe esteso ai distretti di Fano e Urbino, unico modo per capire se gli standard qui proposti reggono ovunque allo stesso modo o vanno differenziati per contesto. Infine, gli indicatori dovrebbero crescere oltre la

sola tempestività, includendo le dimensioni di coordinamento multiprofessionale e continuità assistenziale che, allo stato attuale, la misurazione non cattura.

Un'ultima considerazione riporta al punto di partenza dell'intera revisione della letteratura: nessuna revisione sistematica internazionale offre, ad oggi, un modello di governance validato per l'accesso alla riabilitazione domiciliare. È proprio in un'area dove mancano risposte già pronte che un percorso locale, documentato con onestà nei risultati come nei limiti, acquista un valore che va oltre il singolo caso: non perché risolva il problema in generale, ma perché offre a chi dovrà affrontarlo altrove un punto di partenza verificabile, invece di doverlo ricostruire da zero.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2001). *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 – Definizione dei livelli essenziali di assistenza.* Roma: Gazzetta Ufficiale, n. 33, Suppl. Ordinario n. 26.

2. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. (2008). *Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008 – Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD).* Roma: Gazzetta Ufficiale, n. 6 del 9 gennaio 2009.

3. Ministero della Salute. (2021). *PNRR – Missione 6 Salute.* Roma: Ministero della Salute.

4. Ministero della Salute. (2022). *Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 – Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.* Roma: Gazzetta Ufficiale, n. 144.

5. ASUR Marche. (2014). *Determina del Direttore Generale n. 311 del 16 maggio 2014 – Linee guida per il corretto inserimento degli eventi di Cure Domiciliari nel SIAD.* Ancona: ASUR Marche.

6. Regione Marche. (2022). *Legge Regionale 8 agosto 2022, n. 19 – Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale.* Ancona: Bollettino Ufficiale della Regione Marche, n. 68.

7. Parlamento Italiano. (2023). *Decreto Legislativo 31 marzo 2023, n. 36 – Codice dei Contratti Pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78.* Roma: Gazzetta Ufficiale, n. 77.

8. Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro Urbino. (2024). *Capitolato speciale d'appalto – Procedura aperta per l'affidamento in accordo quadro del servizio delle cure domiciliari riabilitative dell'Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro Urbino: assistenza riabilitativa.* Pesaro: AST Pesaro Urbino.

9. Azienda Sanitaria Territoriale Pesaro Urbino. (2024). *Determina del Direttore Generale n. 1486 del 19 dicembre 2024 – Procedura aperta per affidamento mediante accordo quadro del servizio di riabilitazione domiciliare: aggiudicazione.* Pesaro: AST Pesaro Urbino.

10. Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2017). *DPCM 12 gennaio 2017 – Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.* Roma: Gazzetta Ufficiale, n. 65.

11. Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome. (2011). *Accordo del 10 febbraio 2011 – Piano di indirizzo per la riabilitazione.* Roma: Gazzetta Ufficiale, n. 50.

12. Conferenza Stato-Regioni. (2011). *Linee di indirizzo per l'individuazione dei percorsi appropriati nella rete di riabilitazione.* Roma: Ministero della Salute.

13. Regione Marche. (2023). *DGR n. 559 del 28 aprile 2023 – Recepimento del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77.* Ancona: Regione Marche.

14. Ministero della Salute. (2022). *Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 – Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.* Roma: Gazzetta Ufficiale, n. 144.

15. Regione Marche. (2024). *DGR n. 858 del 4 giugno 2024 – Linee di indirizzo delle Centrali Operative Territoriali (COT), Allegato A.* Ancona: Regione Marche.

16. Notarnicola, E., Longo, F., Fosti, G., & Pirazzoli, A. (2021). *Centrale Operativa Territoriale e Punto Unico di Accesso: quale possibile integrazione?* I Luoghi della Cura Rivista Online.

17. Regione Marche. (2021). *DGR n. 1237 del 18 ottobre 2021 – Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta.* Ancona: Regione Marche.

18. Regione Marche. (2023). *DGR n. 6 del 16 gennaio 2023 – Approvazione del manuale di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio e del manuale di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari.* Ancona: Regione Marche.

19. Ministero della Salute. (2022). *Decreto 29 aprile 2022 – Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare».* Roma: Gazzetta Ufficiale, n. 120.

20. ASUR Marche. (2014). *Determina del Direttore Generale n. 311 del 16 maggio 2014 – Linee guida per il corretto inserimento degli eventi di Cure Domiciliari nel SIAD.* Ancona: ASUR Marche.

21. Regione Marche. (2014). *DGR n. 791 del 2014 – Modello organizzativo delle cure domiciliari e sistema di remunerazione delle prestazioni.* Ancona: Regione Marche.

22. Atkinson-Graham, M., Mior, S., Bakaa, N., et al. (2025). *Governance arrangements for rehabilitation services in health systems: An overview of systematic reviews.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 2025(11), CD016309.

23. Touhami, D., Ryan, R., Engeda, E. H., et al. (2026). *Implementation strategies for rehabilitation services in health systems: An overview of systematic reviews.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 2026(2), CD016324.

24. Velez, M., Lugo-Agudelo, L. H., Patiño Lugo, D. F., et al. (2023). *Factors that influence the provision of home-based rehabilitation services for people needing rehabilitation: A qualitative evidence synthesis.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 2023(2), CD014823.

25. Floa, J., Landmark, B., Tønnessen, S., & Fagerström, L. (2019). *Patient classification systems used to classify nursing intensity and assess nursing staffing resources in home health care: A scoping review.* International Journal of Nursing Studies, 99, 103361.

26. de Stampa, M., Cerase, V., Bagaragaza, E., et al. (2018). *Implementation of a standardized comprehensive assessment tool in France: A case using the interRAI instruments.* International Journal of Integrated Care, 18(2), 5, 1–8.

27. Dubuc, N., Brière, S., Corbin, C., et al. (2021). *Computerized Care-Pathways (CCPs) system to support person-centered, integrated, and proactive care in home-care settings.* Informatics for Health and Social Care, 46(1), 100–111.

28. Raymond, M. H., Feldman, D. E., & Demers, L. (2020). *Referral prioritization in home care occupational therapy: A matter of perspective.* Canadian Journal of Occupational Therapy, 87(3), 182–191.

29. Grądalski, T., & Kochan, K. (2023). *Quality of referrals to specialist palliative care and remote patient triage: A cross-sectional study.* Supportive Care in Cancer, 31, 551.

30. Gao, Y., Zhou, W., & Zhou, L. (2025). *Specialized home care needs and models for disabled older adults by disability level: A cross-sectional study.* Journal of Nursing Management, 2025, Article 8917956.

31. Casteli, C. P. M., Mbemba, G. I. C., Dumont, S., et al. (2020). *Indicators of home-based hospitalization model and strategies for its implementation: A systematic review of reviews.* Systematic Reviews, 9, 172.

32. Azzellino, G., Vagnarelli, P., Aitella, E., et al. (2026). *Impact of combined interventions and early home care activation on 30-day hospital readmissions: A retrospective observational study.* Medicina, 62(3), 602.

33. Haspels, H. N., Knoester, H., Jamaludin, F. S., et al. (2025). *Hospital to home transitions for children with medical complexity: A scoping review of healthcare professionals' experiences.* Child: Care, Health and Development, 51, e70126.

34. Park, K. D., Kim, T. H., & Lee, S. H. (2020). *The Gugging Swallowing Screen in dysphagia screening for patients with stroke: A systematic review.* International Journal of Nursing Studies, 107, 103588.

35. Doan, T. N., Ho, W. C., Wang, L. H., et al. (2022). *Prevalence and methods for assessment of oropharyngeal dysphagia in older adults: A systematic review and meta-analysis.* Journal of Clinical Medicine, 11(9), 2605.

36. Mancuso, M., Varalta, V., Sardella, L., et al. (2016). *Italian normative data for a stroke specific cognitive screening tool: The Oxford Cognitive Screen (OCS).* Neurological Sciences, 37, 1713–1721.

37. Sivertsen, J., Graverholt, B., & Espehaug, B. (2017). *Dysphagia screening after acute stroke: A quality improvement project using criteria-based clinical audit.* BMC Nursing, 16, 27.

38. Regione Marche. (2023). *DGR n. 209 del 27 febbraio 2023 – Definizione dei criteri e modalità di erogazione regionali dei preparati addensanti a favore delle persone con grave disfagia affette da malattie neuro-degenerative.* Ancona: Regione Marche.

39. Karisik, A., Labeit, B., Schiefecker, A. J., et al. (2025). *Gaps in guidelines on long-term management strategies for post-stroke dysphagia.* European Journal of Neurology, 32(8), e70307.

40. Società Italiana di Logopedia e Foniatria. (2022). *Linee guida per la valutazione e il trattamento della disfagia neurogenica.* Roma: SILOGF.

41. Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). *Functional evaluation: the Barthel Index.* Maryland State Medical Journal, 14, 61–65.

42. Linn, B. S., Linn, M. W., & Gurel, L. (1968). *Cumulative Illness Rating Scale.* Journal of the American Geriatrics Society, 16(5), 622–626.

43. Perry, L. (2001). *Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses.* Journal of Clinical Nursing, 10(4), 463–473.

44. Perry, L. (2001). *Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part two: detailed evaluation of the tool used by nurses.* Journal of Clinical Nursing, 10(4), 474–481.

45. Déry, J., Ruiz, A., Routhier, F., Bélanger, V., Côté, A., Ait-Kadi, D., Gagnon, M.-P., Deslauriers, S., Lopes Pecora, A. T., Redondo, E., Allaire, A.-S., & Lamontagne, M.-E. (2020). *A systematic review of patient prioritization tools in non-emergency healthcare services.* Systematic Reviews, 9, 227.

46. Rocks, S., Glogowska, M., Stepney, M., Tsiachristas, A., & Fazel, M. (2020). *Introducing a single point of access (SPA) to child and adolescent mental health services in England: a mixed-methods observational study.* BMC Health Services Research, 20, 623.

47. Rathnayake, D., & Clarke, M. (2021). *The effectiveness of different patient referral systems to shorten waiting times for elective surgeries: systematic review.* BMC Health Services Research, 21, 171.

9. Allegati

Di seguito sono riportate le checklist di supporto alla decisione richiamate precedentemente. Ciascuna checklist compare nel presente capitolo secondo la stessa numerazione utilizzata nel corpo della tesi.

- Allegato 1 - Checklist generale per richiesta MMG per ARD
- Allegato 2 - Checklist per la presa in carico fisioterapica domiciliare
- Allegato 3 - Checklist di pre-screening della deglutizione
- Allegato 4 - Checklist per la presa in carico dei disturbi di comunicazione e del linguaggio
- Allegato 5 - Checklist per la presa in carico in età evolutiva

Allegato 1 - Checklist generale per richiesta MMG per ARD

CHECKLIST PER RICHIESTA DA MMG

PER ARD

Cognome _____

Nome _____

Domicilio _____

Telefono _____

Diagnosi _____

Altre patologie _____

Medico proponente _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ (BARTHEL INDEX)

Alimentazione

Punti	Descrizione
0	incapace
5	necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo
10	indipendente

Punteggio attribuito: _____

Fare il bagno

Punti	Descrizione
0	dipendente

Punti	Descrizione
5	indipendente

Punteggio attribuito: _____

Igiene personale

Punti	Descrizione
0	necessita di aiuto
5	si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)

Punteggio attribuito: _____

Vestirsi

Punti	Descrizione
0	dipendente
5	necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole
10	indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni

Punteggio attribuito: _____

Controllo del retto

Punti	Descrizione
0	incontinente
5	occasionali incidenti o necessità di aiuto
10	continente

Punteggio attribuito: _____

Controllo della vescica

Punti	Descrizione
0	incontinente
5	occasionali incidenti o necessità di aiuto
10	continente

Punteggio attribuito: _____

Trasferimenti nel bagno

Punti	Descrizione
0	dipendente
5	necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica
10	indipendente con l'uso del bagno o della padella

Punteggio attribuito: _____

Trasferimenti sedia/letto

Punti	Descrizione
0	incapace, no equilibrio da seduto
5	in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi
10	minima assistenza e supervisione
15	indipendente

Punteggio attribuito: _____

Deambulazione

Punti	Descrizione
0	immobile
5	indipendente con la carrozzina per > 45 m
10	necessita di aiuto di una persona per > 45 m
15	indipendente per più di 45 m, può usare ausili (es. bastone) ad eccezione del girello

Punteggio attribuito: _____

Salire le scale

Punti	Descrizione
0	incapace
5	necessita di aiuto o supervisione
10	indipendente, può usare ausili

Punteggio attribuito: _____

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)

Indicare la gravità per ogni tipo di patologia da 0 a 4 (0: assente; 1: lieve; 2: moderato; 3: grave; 4: molto grave).

Patologia	Gravità (0=assente – 4=molto grave)
1) Patologie cardiache	0 1 2 3 4
2) Ipertensione	0 1 2 3 4
3) Patologie vascolari	0 1 2 3 4
4) Patologie respiratorie	0 1 2 3 4

Patologia	Gravità (0=assente – 4=molto grave)
5) Patologie ORL	0 1 2 3 4
6) Apparato intestinale superiore	0 1 2 3 4
7) Apparato intestinale inferiore	0 1 2 3 4
8) Patologie epatiche	0 1 2 3 4
9) Patologie renali	0 1 2 3 4
10) Altre patologie genito-urinarie	0 1 2 3 4
11) Sistema muscolo-scheletro-cute	0 1 2 3 4
12) Patologie sistema nervoso	0 1 2 3 4
13) Patologie endocrine-metaboliche	0 1 2 3 4
14) Patologie psichiatriche-comportamentali	0 1 2 3 4

FATTORI SOCIO-AMBIENTALI

☐ Vive solo/a

☐ Vive con il coniuge non autonomo

☐ Vive con il coniuge autonomo

☐ Presenza di un caregiver

☐ Usufruisce di persone che forniscono assistenza per alcune ore (familiari, badante, volontari, …)

☐ Vive con persone che forniscono assistenza continuativa (familiari, badante, …)

☐ Paziente istituzionalizzato

Ultimo ricovero ospedaliero: Nessuno ☐ 31-90 gg ☐ 15-30 gg ☐ 8-14 gg ☐ ultimi 7 gg ☐

☐ Supporto sociale

☐ Fragilità familiare

Firma medico proponente _____

Nota: la presente checklist raccoglie il profilo clinico, funzionale e sociale generale del paziente. In base all'ambito professionale della richiesta, va integrata dalla checklist specifica corrispondente (fisioterapica, disturbi di comunicazione e del linguaggio, pre-screening della disfagia, o età evolutiva).

Allegato 2 - Checklist per la presa in carico fisioterapica domiciliare

CHECKLIST PER LA PRESA IN CARICO FISIOTERAPICA DOMICILIARE

Nome e Cognome _____

Diagnosi _____

Data inserimento _____

Medico proponente _____

Inserire una "x" in ogni specificatore

DECORSO DI MALATTIA

Specificatore	Punteggio	Inserire X
ACUTO / POST RICOVERO / POST INTERVENTO	**PRIORITÀ**	
CRONICO	**2**	
DEGENERATIVO	**1**	
TOTALE		

TIPO DI PATOLOGIA

Specificatore	Punteggio	Inserire X
PROTESI D'ANCA / GINOCCHIO (ENTRO 5 GG)	**PRIORITÀ**	
FRATTURE DI FEMORE	**4**	

Specificatore	Punteggio	Inserire X
PATOLOGIE NEUROLOGICHE	**3**	
ALTRE PATOLOGIE ORTOPEDICHE	**2**	
ALTRE PATOLOGIE	**1**	
TOTALE		

SPECIFICATORE FUNZIONALE (indicare fino a due opzioni prioritarie)

Specificatore	Punteggio	Inserire X
RIDUZIONE DELLA CAPACITÀ DEAMBULATORIA	**5**	
PERDITA DELLA CAPACITÀ DEAMBULATORIA	**4**	
RISCHIO CADUTA E DEFICIT DELL'EQUILIBRIO	**4**	
RIDUZIONE RESISTENZA ALLO SFORZO O DECONDIZIONAMENTO	**3**	
CAREGIVER NON ADDESTRATO	**2**	
DOLORE CHE LIMITA LA FUNZIONE	**1**	
DETERIORAMENTO COGNITIVO	**1**	
TOTALE		

SOMMA DEI PUNTEGGI TOTALI: _____

IN CASO DI ASSEGNAZIONE DI "PRIORITÀ" NELLA CASELLA PUNTEGGIO, PROCEDERE CON LA PRESA IN CARICO DIRETTA (COD 1).

PARTE RISERVATA ALLA COMPILAZIONE DA PARTE DELL'UVI

Punteggio complessivo: _____

Codice priorità: COD 1 ☐ COD 2 ☐ COD 3 ☐ NO ATTIVAZIONE ☐

Note: _____

Allegato 3 - Checklist di pre-screening della deglutizione

STANDARDISED SWALLOWING SCREEN MODIFICATO

Checklist di pre-screening della deglutizione, da compilare da MMG o infermiere formato

Nome _____

U.O. / Distretto _____

Data _____

Firma _____

Igiene Orale: è necessario provvedere alle pratiche di igiene orale? SI ☐ NO ☐

Parte 1

1. Il paziente è consapevole e vigile, o risponde verbalmente? SI ☐ NO ☐

2. Il paziente è in grado di stare seduto e controllare la posizione della testa? SI ☐ NO ☐

Se la risposta è NO a entrambe le domande: NON ANDARE OLTRE E NON PROCEDERE ALLO SCREENING.

Parte 2

3. Il paziente può tossire su richiesta? SI ☐ NO ☐

4. Il paziente è in grado di mantenere il controllo della saliva? SI ☐ NO ☐

5. Il paziente è in grado di leccare il labbro superiore e inferiore? SI ☐ NO ☐

6. Il paziente è in grado di respirare liberamente (es. non difficoltà respiratorie o problemi a mantenere la SaO_2)? SI ☐ NO ☐

Domande 3-6: risposta SI → procedere con lo screening. Risposta NO → fermarsi e richiedere una valutazione specifica.

7. Il paziente ha voce "bagnata/gorgogliante"? SI ☐ NO ☐

Risposta SI → fermarsi e richiedere una valutazione specifica. Risposta NO → procedere con lo screening.

Parte 3 – Water Swallow Test

Test con controllo della saturazione di ossigeno, controindicato per i pazienti in cui l'aspirazione sia probabile o nota sulla base di altri segni.

Porre il saturimetro al dito indice della mano "sana" e monitorare i valori da 1 minuto prima di iniziare la prova fino a 2 minuti successivi alle somministrazioni d'acqua.

- Ripetere per tre volte la somministrazione di un cucchiaino da tè di acqua (10 ml).
- Far bere, senza interruzione, 50 ml di acqua con una tazza.

CONCLUSIONI

☐ Nulla per OS

☐ Possibilità di alimentazione per OS

☐ Richiesta di consulenza per approfondimento

IN CASO DI RISCONTRO DI POSITIVITÀ DELLO SCREENING, L'UVI ATTIVA LA VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE LOGOPEDICA.

Allegato 4 - Checklist per la presa in carico dei disturbi di comunicazione e del linguaggio

CHECKLIST PER LA PRESA IN CARICO
DEI DISTURBI COMUNICATIVI E DEL LINGUAGGIO

Nome e Cognome _____

Diagnosi _____

Data inserimento _____

Medico proponente _____

Inserire una "x" in ogni specificatore

DECORSO DELLA MALATTIA

Specificatore	Punteggio	Inserire X
ACUTO	**PRIORITÀ**	
CRONICO	**2**	
DEGENERATIVO	**1**	
TOTALE		

TIPO DI PATOLOGIA

Specificatore	Punteggio	Inserire X
DISARTRIA	**4**	

Specificatore	Punteggio	Inserire X
DISTURBI COMUNICATIVI SU BASE NEUROPSICOLOGICA	**3**	
AFASIA	**2**	
APRASSIA	**1**	
TOTALE		

SPECIFICATORE LINGUAGGIO

Specificatore	Punteggio	Inserire X
COMPRENSIONE	**5**	
PRODUZIONE	**4**	
RIPETIZIONE	**3**	
SCRITTURA	**2**	
LETTURA	**1**	
TOTALE		

SOMMA DEI PUNTEGGI TOTALI: _____

IN CASO DI DECORSO ACUTO ASSEGNARE AUTOMATICAMENTE LA PRIORITÀ DI PRESA IN CARICO.

PARTE RISERVATA ALLA COMPILAZIONE DA PARTE DELL'UVI

Punteggio complessivo: _____

Codice priorità: COD 1 ☐ COD 2 ☐ COD 3 ☐ NO ATTIVAZIONE ☐

Note: _____

Allegato 5 - Checklist per la presa in carico in età evolutiva

CHECKLIST PER LA PRESA IN CARICO
IN ETÀ EVOLUTIVA

Nome e Cognome _____

Diagnosi _____

Data inserimento _____

Medico proponente _____

Inserire una "x" in ogni specificatore

ANNI

Specificatore	Punteggio	Inserire X
0-3	**5**	
3	**5**	
4	**5**	
5	**4**	
6	**3**	
7	**2**	
> 8	**1**	
TOTALE		

PERMANENZA IN LISTA D'ATTESA

Aggiungere 0,5 punti ogni 6 mesi trascorsi dalla data di inserimento, calcolati alla data della presente valutazione.

Punteggio permanenza: _____

TIPO DI PATOLOGIA

Specificatore	Punteggio	Inserire X
IPOACUSIA (CON PROTESI)	**PRIORITÀ**	
PALATOSCHISI	**PRIORITÀ**	
DISFAGIA PEDIATRICA	**PRIORITÀ**	
DISTURBO DEL LINGUAGGIO	**6**	
AUTISMO LIVELLO 1	**6**	
DISPRASSIA VERBALE	**6**	
PCI (PARALISI CEREBRALE INFANTILE)	**5**	
SINDROME GENETICA	**5**	
RITARDO EVOLUTIVO GLOBALE	**5**	
AUTISMO LIVELLO 2	**4**	
AUTISMO LIVELLO 3	**2**	
TOTALE		

ALTRI SPECIFICATORI DI PATOLOGIA

Specificatore	Punteggio	Inserire X
IPOACUSIA (SENZA PROTESI)	**1**	
DIAGNOSI FUNZIONALE	**1**	
DISABILITÀ INTELLETTIVA	**1**	
TOTALE		

SPECIFICATORE LINGUAGGIO

Specificatore	Punteggio	Inserire X
NON VERBALE	**5**	
RECETTIVO/ESPRESSIVO	**4**	
ESPRESSIVO VARI LIVELLI	**3**	
FONETICO/FONOLOGICO	**2**	
DISARTRIA	**1**	
TOTALE		

SOMMA DEI PUNTEGGI TOTALI: _____

IN CASO DI IPOACUSIA CON PROTESI, PALATOSCHISI O DISFAGIA PEDIATRICA ASSEGNARE AUTOMATICAMENTE LA PRIORITÀ DI PRESA IN CARICO.

PARTE RISERVATA ALLA COMPILAZIONE DA PARTE DELL'UVI

Punteggio complessivo: _____

Codice priorità: COD 1 ☐ COD 2 ☐ COD 3 ☐ NO ATTIVAZIONE ☐

Note: _____