UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA "GIORGIO FUÀ"

Corso di Laurea Magistrale in Management Pubblico e dei Sistemi Socio-Sanitari

L'Importanza della formazione continua per l'infermiere in ADI: caso della regione Abruzzo

The Importance of Continuing Education for Home Care Nurses: The Case of the Abruzzo Region

Relatore:
Prof. Giulia Flamini

Tesi di Laurea di:
Aurora D'Addario

Anno Accademico 2025/2026

Indice

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1: GESTIONE DELLE RISORSE UMANE E FORMAZIONE CONTINUA NELLA SANITÀ'

1.1 LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

1.2 LA FORMAZIONE CONTINUA (ECM) COME STRUMENTO DI GESTIONE E SVILUPPO

1.3 L'INFERMIERE IN ADI TRA COMPETENZE AVANZATE E AUTONOMIA

CAPITOLO 2: L'EFFICACIA DELLA FORMAZIONE E DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: ANALISI DELLA REVIEW SISTEMICA

2.1 IL CONCETTO DI CONTINUITÀ NELLE CURE DOMICILIARI

2.2 IL RUOLO STRATEGICO DELL'INFERMIERE CON FORMAZIONE SPECIALISTICA (ADVANCED PRACTICE NURSE): UNA SFIDA PER IL FUTURO

2.3 IMPATTO ORGANIZZATIVO: EVIDENZE EMPIRICHE SULLA RIDUZIONE DEI TASSI DI RIAMMISSIONE OSPEDALIERA E SULL'AUMENTO DEL TASSO DI SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

CAPITOLO 3: LA GESTIONE DELL'ADI NELLA REGIONE ABRUZZO: IL MANUALE DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

3.1 LA DISCIPLINA DELLE CURE DOMICILIARI NELLA REGIONE ABRUZZO

3.2 IL MANUALE DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE ADI IN ABRUZZO

3.3 REQUISITI DEL PERSONALE E STANDARD DI FORMAZIONE CONTINUA

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE: INTEGRAZIONE TRA STANDARD REGIONALI DELL'ABRUZZO, FORMAZIONE INFERMIERISTICA ED EFFICACIA DELLE CURE

4.1 COERENZA TRA I REQUISITI DEL MANUALE DI ACCREDITAMENTO DELLA REGIONE ABRUZZO E L'EVIDENZA SCIENTIFICA INTERNAZIONALE

4.2 LA FORMAZIONE CONTINUA COME PONTE TRA STANDARD DI ACCREDITAMENTO, SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE E RIDUZIONE DEI RICOVERI

4.3 IMPLICAZIONI PER IL MANAGEMENT DELLE RISORSE UMANE E CRITICITÀ OPERATIVE NEL CONTESTO REGIONALE

4.4 PROSPETTIVE FUTURE

CONCLUSIONE

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

INTRODUZIONE

Il presente elaborato nasce dall'incontro diretto tra la mia esperienza professionale quotidiana come infermiera operante nell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) presso il nod territoriale di Chieti, in Abruzzo, e la profonda consapevolezza di quanto la Formazione Continua in Medicina (ECM) rappresenti una leva strategica per la qualità delle cure. In un contesto in cui la risposta sanitaria si sposta sempre più verso il domicilio, investire nel capitale umano non è un semplice adempimento formale, ma lo strumento cardine per erogare un'assistenza specialistica e multidisciplinare, in grado di prevenire i ricoveri ospedalieri impropri. La profonda trasformazione demografica che caratterizza la società contemporanea , segnata dal progressivo invecchiamento della popolazione e dal costante aumento delle comorbilità e delle patologie cronico-degenerative ha reso indifferibile una riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. In questa cornice di riforma strutturale, l'asse dell'assistenza si è progressivamente decentrato dall'ospedalizzazione al territorio, identificando nelle Cure Domiciliari Integrate il fulcro della continuità assistenziale. In questo scenario di transizione organizzativa, la gestione e la valorizzazione delle risorse umane acquisiscono una centralità assoluta. L'efficacia della presa in carico domiciliare si fonda sulla preparazione e sulla capacità di integrazione dell'équipe multiprofessionale. Nello specifico, l'infermiere in ADI si configura come il nodo clinico e relazionale decisivo: a lui sono affidati la gestione della complessità assistenziale, il coordinamento delle varie figure sanitarie e il raccordo tra l'ospedale e il contesto familiare. L'elevata autonomia e la variabilità delle situazioni cliniche che si affrontano al domicilio dimostrano tuttavia come la sola formazione di base non sia sufficiente a rispondere alle complesse sfide dell'assistenza territoriale. La formazione continua e la formazione post-base si attestano così come un investimento fondamentale, idoneo non solo a sviluppare competenze cliniche avanzate, ma anche a prevenire il fenomeno del burnout e a migliorare la motivazione degli operatori. Su queste premesse, il mio lavoro di tesi si articola in quattro capitoli principali, volti ad analizzare l'evoluzione della figura infermieristica, le evidenze scientifiche d'impatto e il contesto normativo-operativo abruzzese:

- Nel Capitolo 1 viene tracciato il quadro teorico e normativo della valorizzazione delle risorse umane nelle aziende sanitarie pubbliche, partendo dai principi strategici delineati dal Libro Bianco del Ministero della Salute. Viene poi approfondito il ruolo dell'Educazione Continua in Medicina (ECM) come strumento di sviluppo organizzativo e viene analizzata l'evoluzione del profilo dell'infermiere in ADI, evidenziando il passaggio da modelli prestazionali a modelli di elevata autonomia clinico-gestionale basati sul Case Management.
- Nel Capitolo 2 l'attenzione si sposta sull'analisi della letteratura scientifica internazionale. Attraverso una revisione sistematica delle evidenze empiriche, il capitolo esamina il concetto di continuità assistenziale e approfondisce il ruolo dell'Infermiere di Pratica Avanzata (Advanced Practice Nurse - APN). Nello specifico, vengono analizzati sei studi clinici di rilevanza globale che dimostrano come una presa in carico domiciliare guidata da infermieri ad alta qualificazione si correli direttamente a una riduzione significativa dei tassi di ri-ospedalizzazione non programmata (fino al 25-30%) e ad un deciso incremento del livello di soddisfazione e qualità di vita dell'assistito e del caregiver.
- Nel Capitolo 3 l'indagine si cala nella realtà locale della Regione Abruzzo, analizzando la disciplina delle cure domiciliari, l'operatività della piattaforma informatica SmartLea per la gestione delle domande e delle dimissioni protette nei vari Distretti Sanitari regionali (tra cui l'ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti) e i contenuti del Manuale di Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale. Il capitolo analizza nel dettaglio i requisiti minimi organizzativi, tecnologici e strutturali, nonché gli standard di formazione continua obbligatoria richiesti agli enti erogatori. Tale analisi trova un riscontro pratico nell'esposizione dell'esperienza personale vissuta sul campo presso la cooperativa accreditata Croce Gialla Home e nell'illustrazione del relativo piano formativo aziendale.
- Nel Capitolo 4, infine, vengono trattati i temi del management delle risorse umane, del rischio clinico e della prevenzione dei ricoveri nei contesti territoriali abruzzesi, valutando criticamente le criticità operative ancora presenti. Il capitolo si chiude con uno sguardo

orientato alle prospettive future della professione infermieristica, affrontando l'introduzione delle nuove Lauree Magistrali ad indirizzo clinico/specialistico, lo sviluppo della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) e la necessità di un definitivo ed equo inquadramento contrattuale e retributivo.

CAPITOLO 1: GESTIONE DELLE RISORSE UMANE (HRM) E FORMAZIONE CONTINUA NELLA SANITA'

1.1 LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE NELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

Nel 2008, il Ministero della Salute pubblica un «Libro bianco» sui principi del Servizio sanitario nazionale (LUISS, 2008). La redazione del Libro Bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale si è resa indispensabile per rispondere alla profonda crisi del sistema (LUISS, 2008). A seguito del processo di aziendalizzazione degli anni '90 e del definitivo trasferimento della competenza sanitaria alle Regioni con la riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001, il Servizio Sanitario Nazionale ha iniziato a manifestare una marcata frammentazione territoriale (France et al., 2005; Giarelli & Vicarelli, 2021). Ciò ha generato iniquità nell'accesso alle cure e disparità nella qualità dei servizi tra le diverse regioni (France et al., 2005). In questo scenario, il Ministero della Salute ha affidato al Centro "Vittorio Bachelet" della LUISS il compito di tracciare un bilancio critico a 30 anni dalla legge istitutiva 833/1978 (LUISS, 2008; Ministero della Salute, 1978). L'obiettivo primario era ricomporre la frattura tra i vincoli di bilancio e la garanzia dei diritti costituzionali alla salute (LUISS, 2008; Vicarelli, 2020). Il Libro Bianco è nato quindi dalla necessità istituzionale di riaffermare i valori fondanti di universalità, uguaglianza ed equità, proponendo al contempo una visione strategica per il rinnovamento dei modelli organizzativi e la valorizzazione del capitale umano, elementi ritenuti imprescindibili per preservare la tenuta del sistema pubblico di fronte all'invecchiamento della popolazione e alla crescita delle malattie croniche (LUISS, 2008; Vicarelli, 2020).Il Libro Bianco è un importante documento programmatico promosso dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (all'epoca guidato dal Ministro Maurizio Sacconi), nato con l'obiettivo di ripensare e riorganizzare il modello sociale in Italia (LUISS, 2008). È un documento ufficiale ma privo di valenza normativa, dedicato

a uno specifico tema, con obiettivi informativi, esplorativi o dichiarativi su un problema e le sue possibili soluzioni (LUISS, 2008). È suddiviso in VI capitoli, ed al capitolo IV viene trattata la «Valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori» la quale viene definita come un: «principio che necessariamente deve orientare le politiche legislative e gestionali che, operando su diversi livelli, sono destinate a incidere sul reperimento, sulla formazione, sull'inquadramento giuridico-contrattuale, sull'aggiornamento, sulla promozione, sulla produttività e sulla crescita professionale del personale del comparto sanitario» (LUISS, 2008). Questo capitolo sulle risorse umane espone inoltre considerazioni sull'assistenza territoriale, sui piani di rientro in tempi brevi, su una radicale riorganizzazione dei servizi sociosanitari, sulla presa in carico del paziente (con riferimenti al fascicolo sanitario elettronico), sulla maternità e sui temi del lavoro (LUISS, 2008). Viene inoltre rimarcato che il valore del Sistema Sanitario Nazionale risiede primariamente nelle persone che vi lavorano (medici, infermieri, dirigenti) (LUISS, 2008; Vicarelli, 2020).Fino ad ora però le risorse umane sono state gestite con una mentalità burocratica e contabile (tetti di spesa e rispetto delle regole) e non con una gestione legata al merito, alle competenze e alla qualità del servizio (LUISS, 2008; Vicarelli, 2020). Se il vero patrimonio delle imprese sono le persone, ciò appare particolarmente evidente nel caso delle aziende sanitarie, nelle quali il fattore della professionalità inteso come capacità di interazione con l'utenza e lavoro in équipe risulta determinante ai fini della qualità ed efficacia del servizio erogato (LUISS, 2008). Tra i principali orientamenti programmatici emersi, si evidenzia la necessità di superare la rigidità contabile per transitare verso modelli di Human Resource Management fondati sulla valutazione delle competenze e dei risultati (LUISS, 2008; Vicarelli, 2020). Il documento sottolinea l'importanza di promuovere la formazione continua, di valorizzare l'autonomia professionale in particolare della figura infermieristica e di introdurre meccanismi premiali trasparenti idonei a sviluppare il potenziale individuale (LUISS, 2008). La risorsa umana cessa così di essere considerata un mero fattore di costo per divenire il principale asset strategico su cui fondare la

sostenibilità e l'eccellenza delle prestazioni sanitarie territoriali e domiciliari (LUISS, 2008; Vicarelli, 2020).

1.2 LA FORMAZIONE CONTINUA (ECM) COME STRUMENTO DI GESTIONE E SVILUPPO

La formazione continua (ECM), per il FNOPI (Federazione Nazionale Ordine delle Professioni Infermieristiche), non rappresenta soltanto un obbligo deontologico e normativo per i professionisti della salute, ma si configura oggi come un vero e proprio strumento di gestione strategica e sviluppo organizzativo per le aziende sanitarie e il Servizio Sanitario Nazionale (AGENAS, 2021; FNOPI, s.d.). L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e al proprio sviluppo professionale e comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili per la pratica quotidiana (AGENAS, 2021; De Simoni et al., s.d.). I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire un'assistenza che si sviluppa positivamente in continua crescita (FNOPI, s.d.).L'ECM (educazione continua in medicina) agisce su un doppio livello: da un lato è uno strumento di gestione poiché i percorsi vengono allineati con i macro-obiettivi che l'azienda sanitaria ha attraverso i dossier formativi, andando inoltre a ridurre il rischio clinico minimizzando l'errore e aumentando l'efficacia dei trattamenti ospedalieri (De Simoni et al., s.d.; FNOPI, s.d.); in seconda istanza funziona come strumento di sviluppo poiché andiamo ad aumentare le competenze cliniche, ma anche digitali, manageriali, relazionali e organizzative (AGENAS, 2021). Inoltre ad oggi l'offerta ECM spazia dai classici convegni ai corsi FAD, fino all'addestramento pratico, cioè l'apprendimento direttamente nel contesto lavorativo (training on the job) (AGENAS, 2021; De Simoni et al., s.d.). Il tutto favorisce anche una crescita personale e di gruppo, andando a favorire i rapporti interpersonali tra colleghi (De Simoni et al., s.d.).Da un punto di vista storico

e normativo, l'introduzione dell'obbligatorietà della formazione continua per il personale sanitario affonda le sue radici nei D.Lgs. 502/1992 e 229/1999, trovando tuttavia una reale applicazione con il formale avvio del Programma Nazionale ECM nel 2002 (AGENAS, 2021; De Simoni et al., s.d.). Tale passaggio ha segnato un mutamento di paradigma culturale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, trasformando l'aggiornamento continuo in un caposaldo per la progettazione, il monitoraggio e la valorizzazione delle competenze del singolo operatore (AGENAS, 2021). Questo percorso di consolidamento istituzionale si è perfezionato attraverso una sequenza di accordi in sede di Conferenza Stato-Regioni in cui sono state delineate le regole operative (AGENAS, 2021; CNFC, s.d.):

1. Il passaggio al regime ordinario: L'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2007 ha ridefinito la governance per il triennio 2008-2010, seguito dall'Accordo del 5 novembre 2009 (recepito con D.P.C.M. del 22 luglio 2010), che ha chiuso la fase iniziale di sperimentazione stabilendo i criteri di accreditamento dei Provider (soggetti pubblici o privati ufficialmente abilitati a progettare ed erogare i corsi di formazione che rilasciano crediti ECM), la regolamentazione della Formazione a Distanza (FAD) e i parametri di valutazione della qualità erogata (AGENAS, 2021).
2. Accreditamento e albo dei Provider: Con l'Accordo del 19 aprile 2012 sono state formalizzate le linee guida per la gestione dell'Albo nazionale dei Provider, definendo contestualmente il ruolo di rappresentanza e controllo affidato ad Ordini e Federazioni professionali, nonché i sistemi di verifica della qualità (AGENAS, 2021; FNOPI, s.d.).
3. Certificazione ed anagrafe dei crediti: L'architettura del sistema si è infine dotata di rigorosi meccanismi di controllo con la Determina CNFC del 17 luglio 2013, inerente al soddisfacimento del debito formativo, e con le successive disposizioni del luglio-ottobre 2014, volte a disciplinare l'obbligo del triennio 2014-2016 e le specifiche tipologie di credito ammissibili, comprese le attività di docenza, tutoraggio e formazione estera (CNFC, s.d.; Co.Ge.A.P.S., s.d.).

In questo contesto, la tracciabilità delle attività svolte dai singoli professionisti è stata garantita dall'istituzione del Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie), ente deputato alla raccolta e verifica dei crediti maturati sul territorio nazionale, strumento indispensabile per consentire agli Ordini e alle Federazioni l'effettivo rilascio della certificazione e della condizione del debito formativo (Co.Ge.A.P.S., s.d.; FNOPI, s.d.). Attualmente, l'obbligo formativo per gli infermieri si articola su base triennale (CNFC, s.d.). Per il triennio in corso, lo standard di riferimento prevede il conseguimento di un totale di 150 crediti formativi, fatta salva la possibilità di usufruire di riduzioni specifiche legate all'assolvimento del debito nei trienni precedenti o alla partecipazione a percorsi formativi strutturati come i master universitari o la laurea magistrale (CNFC, s.d.; FNOPI, s.d.). La gestione di questo monte crediti si avvale oggi di strumenti fortemente digitalizzati: attraverso la piattaforma gestita dal Co.Ge.A.P.S. il professionista può monitorare in tempo reale il proprio stato di aggiornamento, verificando l'effettiva registrazione dei crediti erogati dai diversi Provider accreditati e ottenendo, al termine del periodo di riferimento, la certificazione o l'attestato di ottemperanza all'obbligo formativo (Co.Ge.A.P.S., s.d.).

1.3 L'INFERMIERE IN ADI TRA COMPETENZE AVANZATE E AUTONOMIA

L'evoluzione dei modelli assistenziali territoriali ha progressivamente ridefinito il ruolo dell'infermiere, e soprattutto della figura dell'infermiere in ADI, trasformandolo da semplice esecutore di prestazioni tecniche ad attore clinico-gestionale e fondamentale nodo di raccordo tra ospedale e territorio, dotato di forte autonomia e competenze avanzate (Laurant et al., 2018; Mitchell et al., 2018). Tale metamorfosi risponde ai principi fondativi del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833/1978) e agli indirizzi internazionali dell'OMS, che identificano nell'assistenza domiciliare il pilastro per la tutela della salute comunitaria e la gestione delle malattie cronico-degenerative (Ministero della Salute, 1978; Mitchell et al., 2018).Nonostante la

frammentazione storica del sistema assistenziale italiano, il quadro normativo recente ha impresso un'accelerazione decisiva verso l'integrazione socio-sanitaria (Giarelli & Vicarelli, 2021). Tra le tappe fondamentali si ricordano la riorganizzazione delle cure primarie attraverso il Decreto Balduzzi (D.L. 158/2012) e l'istituzione formale dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) con il D.L. 34/2020. L'architettura del sistema si è infine consolidata con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR - Missione 6) e con il DM 77/2022, norma che recepisce la logica One Health e definisce gli standard per le reti territoriali, ponendo il paziente domiciliare al centro dell'assistenza (Giarelli & Vicarelli, 2021).In questo scenario, l'operatore infermieristico impegnato nell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) agisce come responsabile diretto dei processi assistenziali e Case Manager della fragilità (Mitchell et al., 2018; Naylor et al., 2004). Come delineato dalla FNOPI e confermato dal DM 77/2022, il professionista opera in regime di elevata autonomia decisionale, svolgendo funzioni chiave che superano la dimensione puramente prestazionale (Laurant et al., 2018):

1. Valutazione proattiva del bisogno: identificazione precoce delle fragilità e prevenzione dell'acuzie secondo il Chronic Care Model, che si configura come un modello assistenziale che abolisce la medicina d'attesa promuovendo una medicina d'iniziativa che non porta più il paziente verso l'ospedale, ma il sistema salute verso il cittadino attraverso la rete dei servizi sul territorio, l'impiego di strutture come le case della salute, la maggiore erogazione di prestazioni da parte dei distretti sanitari, la forte presenza di medici di base e l'introduzione di figure come l'infermiere di famiglia (Nurse24, s.d.).
2. Coordinamento e Clinical Governance: l'elaborazione e l'attuazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) all'interno dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD) del Punto Unico di Accesso (PUA). L'attivazione del servizio avviene attraverso segnalazione al Punto Unico di Accesso (PUA) del paziente che necessita di ADI, da parte dei Medici di Medicina Generale o dei medici del reparto ospedaliero nella fase di pre-dimissioni. Il PUA è il punto d'ingresso del cittadino all'ADI ed ha il compito di programmare, se necessaria, la

valutazione multidimensionale che è affidata a un'équipe multidisciplinare (UVMD). L'équipe elabora il Piano Assistenziale Individuale (PAI) che definisce finalità e obiettivi assistenziali per ogni area di bisogno e precisa la modalità e il livello d'intensità assistenziale da garantire. Le prestazioni erogate dal servizio ADI vengono classificate attraverso il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) che si ottiene dal rapporto tra il numero delle giornate erogate a domicilio (GeA) e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso (GdC). Il CIA, che secondo i LEA si articola da 0,14 a 1, definisce l'intensità assistenziale crescente in funzione della situazione specifica. Le prestazioni dell'ADI sono stabilite nel documento della «Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza».

3. Integrazione multiprofessionale e multidisciplinare: raccordo strategico tra i Medici di Medicina Generale (MMG), gli specialisti (cardiologi, dietisti, psicologi, nutrizionisti, urologi...), i servizi sociali comunali, infermieri e OSS, i quali comunicando tra loro creano una rete di caregiving informale ed espletano funzioni finalizzate al benessere del paziente ed al sollievo per il caregiver e per tutta la famiglia che è accanto al malato (Naylor et al., 2004). Sono disponibili inoltre, attraverso la richiesta del MMG, esami clinici, strumentali e diagnostici da eseguire in ospedale, con il trasporto del paziente in ambulanza.
4. Empowerment e Health Literacy: conduzione di interventi educativi e di supporto motivazionale rivolti all'assistito e alla famiglia per massimizzare l'adesione terapeutica (Naylor et al., 2004). Nello specifico tutte queste figure, nel rispetto dei PAI, espletano le loro funzioni ma hanno dei limiti, uno dei quali è proprio il non poter garantire assistenza h24; di conseguenza, la strategia migliore per la gestione del paziente a domicilio ed il suo benessere è quella di formare il caregiver ad eseguire pratiche ad esempio infermieristiche in totale sicurezza (es. igiene e cambio della stomia, broncoaspirazione delle prime vie aeree, corretta gestione del catetere vescicale, ecc.) (Naylor et al., 2004).

5. Sanità Digitale: utilizzo sistematico di dispositivi di telemedicina e teleassistenza per il monitoraggio a distanza dei parametri clinici e della condizione di salute.

   L'esercizio di tale autonomia richiede un profilo formativo post-base rigorosamente strutturato (Laurant et al., 2018). La definizione del nucleo di competenze avanzate dell'infermiere territoriale è stata oggetto di complessi studi a livello europeo e nazionale (Moher et al., 2009). In particolare, il progetto europeo ENhANCE e l'indagine e-Delphi hanno tracciato un quadro di riferimento internazionale integrando il modello Tuning, successivamente armonizzato nell'ambito scientifico italiano. Da queste evidenze emerge una figura capace di coniugare il rigore clinico-assistenziale con competenze relazionali, manageriali e di ricerca epidemiologica (Laurant et al., 2018; Mitchell et al., 2018). L'infermiere collaborando con il Medico di Medicina Generale, in questa realtà, si configura come un punto di raccordo tra il paziente e l'équipe multidisciplinare. Tuttavia, l'operatività dell'infermiere in ADI si scontra ancora con criticità organizzative strutturali (Vicarelli, 2020). Come evidenziato dalla letteratura di settore, il servizio erogato mostra un'elevata copertura per le prestazioni essenziali a bassa intensità, ma soffre di rigidità negli orari di erogazione e di un limitato supporto psicologico-educativo (Mitchell et al., 2018; Naylor et al., 2004). Per superare la sola erogazione di singole prestazioni e garantire la reale continuità delle cure, risulta indispensabile valorizzare pienamente l'autonomia dell'infermiere, fornendogli leve gestionali adeguate e strumenti organizzativi flessibili per la presa in carico globale dell'utente a domicilio (Laurant et al., 2018; Vicarelli, 2020).

CAPITOLO 2: L'EFFICACIA DELLA FORMAZIONE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE: ANALISI DELLA REVIEW SISTEMICA

2.1 IL CONCETTO DI CONTINUITÀ NELLE CURE DOMICILIARI

Nel panorama sociosanitario contemporaneo, la continuità delle cure si configura come un determinante strategico per garantire la qualità, l'efficacia e la sicurezza dei percorsi assistenziali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità descrive la continuità assistenziale come un elemento imprescindibile per il governo della cronicità e per la promozione della salute in tutte le fasi della vita, identificando nelle cure primarie di prossimità lo snodo nevralgico dell'intero sistema di offerta sanitaria (World Health Organization, 2018). Concettualmente, la continuità delle cure definisce una sequenza integrata e coordinata di interventi multidisciplinari volti ad assicurare la presa in carico globale e tempestiva della persona, specialmente nei contesti di fragilità e cronicità prolungata nel tempo. In letteratura, tale principio si articola tradizionalmente in tre dimensioni interconnesse (Haggerty et al., 2003; Bauleo, 2015):

Continuità relazionale: riferita al consolidamento nel tempo di un rapporto di fiducia diagnostico-terapeutico e umano tra il paziente, il suo nucleo familiare e l'équipe di professionisti sanitari.

Continuità informativa (o di comunicazione): fondata sulla trasmissione sistematica, standardizzata e trasversale dei dati clinici tra gli operatori che intervengono nei diversi setting assistenziali (ospedale, distretto, domicilio).

Continuità gestionale: rappresentata dal coordinamento operativo delle prestazioni attraverso l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), linee guida e Piani Assistenziali Individualizzati (PAI). Nel contesto italiano, il Distretto socio-sanitario costituisce il centro organizzativo di tale rete integrata, entro cui si collocano le Cure Domiciliari. Esse rappresentano un servizio fondamentale per garantire al domicilio dell'assistito interventi medici, infermieristici, riabilitativi e socio-sanitari graduati in base alla complessità e all'intensità del bisogno (Bauleo, 2015). L'articolazione delle cure domiciliari spazia dai livelli base fino

all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI di I, II e III livello), la cui intensità erogativa viene codificata a livello nazionale tramite il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) nell'ambito del Sistema Informativo Assistenza Domiciliare (SIAD). L'evoluzione normativa dell'ultimo periodo ha ulteriormente rafforzato la centralità dell'assistenza territorializzata. Il Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 traccia la riforma dell'assistenza territoriale, ponendo come obiettivo strategico la presa in carico progressiva di almeno il 10% della popolazione ultrasessantacinquenne in regime di cure domiciliari (Ministero della Salute, 2022). Tale modello organizza l'assistenza secondo una logica di prossimità incentrata sulle Case della Comunità, sui servizi di telemedicina e sulle Centrali Operative Territoriali (COT), la cui funzione prioritaria consiste proprio nel raccordare la fase di dimissione protetta dall'ospedale con l'attivazione dei servizi territoriali.L'erogazione continuativa di trattamenti assistenziali al domicilio garantita fino alle 24 ore su 24 per sette giorni alla settimana nei casi a elevata complessità permette di evitare l'istituzionalizzazione impropria, limitare il declino funzionale dell'anziano e ridurre drasticamente il rischio di ri-ospedalizzazioni evitabili, coniugando l'umanizzazione delle cure con la sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale (Santomassino et al., 2012; Karam et al., 2021).

2.2 IL RUOLO STRATEGICO DELL'INFERMIERE CON FORMAZIONE SPECIALISTICA (ADVANCED PRACTICE NURSE):UNA SFIDA PER IL FUTURO

L'invecchiamento progressivo della popolazione e l'aumento della prevalenza di patologie cronico-degenerative impongono una riorganizzazione strutturale dei sistemi sanitari, orientandoli verso nuovi modelli assistenziali e di forte integrazione territoriale. In questo scenario, la figura dell'Infermiere di Pratica Avanzata (Advanced Practice Nurse - APN) assume un valore fortemente strategico per garantire la sostenibilità, la qualità e la sicurezza della presa in carico socio-sanitaria, in particolare nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).L'International Council of Nurses definisce l'APN come un professionista infermieristico che, grazie a una formazione universitaria avanzata, ha acquisito una base di conoscenze di livello esperto, elevate capacità di

ragionamento clinico, abilità di decision-making in situazioni complesse e competenze cliniche estese per esercitare una pratica professionale ad alta autonomia (International Council of Nurses, 2020).A differenza dell'infermiere generico, l'APN non si limita all'esecuzione di procedure tecniche o assistenziali standard, ma gestisce in maniera olistica e autonoma la persona, assumendo responsabilità dirette nella prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e gestione delle cronicità (Sideri, 2025).Secondo le direttive e le linee guida internazionali dell'ICN, il macro-concetto di APN si declina principalmente in due figure cardine:

1. Clinical Nurse Specialist (CNS): professionista focalizzato sulla gestione di casi clinici ad elevata complessità assistenziale, sulla consulenza specialistica all'équipe interprofessionale, sullo sviluppo di percorsi assistenziali e sulla guida di progetti di ricerca applicata (Evidence-Based Practice) per l'innovazione dei processi organizzativi.
2. Nurse Practitioner (NP): clinico ad elevata autonomia orientato alla valutazione clinica avanzata, alla diagnosi e al trattamento diretto del paziente. Nei contesti internazionali in cui il ruolo è regolamentato (come Stati Uniti, Regno Unito e Canada), il NP possiede l'autorità formale per la prescrizione farmacologica e di esami diagnostici, la gestione del triage e la facoltà di ricovero e dimissione (Heale e Buckley, 2015; Sideri, 2025).

Per quanto riguarda il percorso formativo, l'ICN stabilisce in modo perentorio che l'abilitazione al ruolo di APN richieda un titolo universitario post-base di livello avanzato, identificato internazionalmente nel Master's Degree (equivalente alla Laurea Magistrale nell'ordinamento accademico italiano) erogato da università accreditate (International Council of Nurses, 2020). I programmi didattici internazionali per la formazione dell'APN integrano insegnamenti teorici avanzati e un cospicuo monte ore di tirocinio clinico pratico intensivo sotto la supervisione di tutor clinici esperti.Gli ambiti fondamentali del curriculum formativo comprendono(International Council of Nurses, 2020):

- Fisiopatologia umana e valutazione fisica avanzata: per la rilevazione e l'interpretazione dei segni e sintomi di patologia;

- Farmacologia e farmacocinetica clinica avanzata: orientata al monitoraggio terapeutico e, laddove consentito dalla legge, alla prescrizione farmacologica;
- Ragionamento clinico e decision-making diagnostico: per l'impostazione in autonomia del piano di cura;
- Metodologia della ricerca e Evidence-Based Nursing: per l'analisi critica della letteratura e il trasferimento delle evidenze nella pratica quotidiana;
- Leadership e gestione della complessità: per guidare il team assistenziale e interprofessionale.

In Italia, l'iter formativo presenta una discrepanza strutturale: la formazione universitaria offre la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (LM-47) e Master Universitari di I e II livello in aree specialistiche (es. cure primarie, geriatria, area critica). Tuttavia, a differenza degli standard ICN, nel Servizio Sanitario Nazionale manca ancora un quadro normativo unico che leghi direttamente il possesso della Laurea Magistrale o dei Master specialistici al riconoscimento formale della figura dell'APN in termini di inquadramento contrattuale, responsabilità clinico-prescrittive e progressione di carriera (De Caro, 2019; Gruppo di lavoro interregionale, 2020).Nel contesto delle cure domiciliari e territoriali, l'inserimento dell'APN si fonda su quattro pilastri funzionali diretti a prevenire l'ospedalizzazione impropria e a stabilizzare il quadro clinico dell'assistito (Sideri, 2025):

1. Autonomia clinica e gestione della complessità: la capacità di interpretare precocemente i segni di riacutizzazione clinica e di adattare tempestivamente i piani di trattamento al domicilio dell'utente.
2. Continuità e raccordo interprofessionale: la funzione di case manager e snodo operativo tra il paziente, il Medico di Medicina Generale (MMG), i medici specialisti ospedalieri e i servizi sociali.
3. Gestione proattiva e prevenzione terziaria: l'erogazione di interventi di educazione terapeutica (coaching) volti all'alfabetizzazione sanitaria del caregiver e alla promozione dell'autogestione (self-care) della patologia.

4. Leadership e Ricerca Applicata: il costante trasferimento delle evidenze scientifiche (Evidence-Based Nursing) nella pratica clinico-assistenziale distrettuale. In Italia, il percorso verso la piena valorizzazione delle competenze avanzate evidenzia un processo di transizione ancora incompleto. Nonostante l'impianto normativo di base ne abbia tracciato le premesse (Legge n. 43/2006; Legge n. 3/2018), e i contratti collettivi nazionali abbiano introdotto i ruoli di "professionista esperto" e "professionista specialista", persiste una rilevante distanza dai modelli europei e internazionali (De Caro, 2019; Gruppo di lavoro interregionale, 2020).L'attuale assetto italiano sconta la mancanza di un inquadramento giuridico-contrattuale omogeneo a livello nazionale per la figura dell'APN, determinando una disomogeneità tra la formazione post-base acquisita e l'effettivo riconoscimento mansionario e retributivo nelle Aziende Sanitarie (Sideri, 2025). Come evidenziato dalla letteratura di settore, l'assenza di un quadro legislativo uniforme e protetto sul piano del titolo rischia di frenare l'impatto clinico ed economico che tale figura potrebbe generare nel Servizio Sanitario Nazionale (Fougere et al., 2016; Sideri, 2025).Per superare tali barriere strutturali e favorire lo sviluppo delle cure primarie e domiciliari, si rende indifferibile l'adozione di riforme dirette a definire un profilo d'esercizio nazionale per l'APN dotato di chiare tutele giuridiche e perimetri di responsabilità e ad armonizzare i percorsi accademici specialistici alla governance delle aziende sanitarie(International Council of Nurses, 2020; Sideri, 2025).

2.3 IMPATTO ORGANIZZATIVO: EVIDENZE EMPIRICHE SULLA RIDUZIONE DEI TASSI DI RIAMMISSIONE OSPEDALIERA E SULL' AUMENTO DEL TASSO DI SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

In questo paragrafo descriveremo ed analizzeremo 6 articoli revisionati dalla letteratura mondiale che più risaltano la connessione che c'è tra la formazione avanzata dell'infermiere in ADI e la riduzione delle ospedalizzazioni a sua volta collegata ad un aumento del tasso di soddisfazione del paziente:

ARTICOLO 1: La letteratura scientifica internazionale sottolinea con forza l'impatto clinico ed economico derivante dalla presenza di personale infermieristico con competenze avanzate nei

contesti di cure domiciliari. In particolare, gli interventi assistenziali gestiti da team infermieristici ad alta qualificazione si dimostrano efficaci nel prevenire il ricorso improprio e non programmato alle strutture ospedaliere per i soggetti affetti da patologie croniche e complesse (Mitchell et al., 2018).Attraverso un'analisi sistematica delle evidenze, è stato rilevato che una presa in carico domiciliare proattiva e strutturata è in grado di determinare una diminuzione fino al 25% delle ri-ospedalizzazioni non pianificate (Mitchell et al., 2018). Tale risultato è riconducibile alla capacità dell'infermiere territorialmente dedicato, di monitorare costantemente l'evoluzione del quadro clinico, favorire la corretta aderenza alle terapie farmacologiche ed intercettare precocemente eventuali segni di riacutizzazione direttamente presso il domicilio dell'assistito (Mitchell et al., 2018). Il lavoro di Mitchell e collaboratori sintetizza i dati di differenti sperimentazioni cliniche per dimostrare scientificamente che quando l'assistenza domiciliare è guidata e gestita da un infermiere esperto che non si limita a singole prestazioni occasionali, i ricoveri impropri in ospedale crollano del 25%. Nello specifico, la ricerca fa riferimento a:

1. La tipologia di pazienti: Adulti e anziani affetti da patologie croniche complesse (scompenso cardiaco, BPCO, diabete mellito, insufficienza renale), ossia la tipica popolazione target che usufruisce dell'ADI.

2. Il modello assistenziale (Nurse-Led): Interventi di assistenza domiciliare guidati e coordinati da infermieri con formazione avanzata o specializzati (Advanced Practice Nurses), che effettuano visite a domicilio, pianificazione dell'assistenza, gestione dei sintomi e monitoraggio attivo.

3. Gli indicatori di risultato (Outcomes): Fa riferimento primariamente al tasso di ri-ospedalizzazione non pianificata a 30, 60 e 90 giorni dalla dimissione protetta, oltre che all'aderenza terapeutica e alla gestione autonoma della malattia, il cui insegnamento è di gestione dell'infermiere.

ARTICOLO 2: L'efficacia della risposta assistenziale territoriale è direttamente correlata all'estensione delle competenze e dell'autonomia professionale del personale infermieristico impegnato nelle cure domiciliari. Gli orientamenti emersi dalla letteratura scientifica di settore

evidenziano come l'integrazione delle figure mediche con infermieri dotati di specifica formazione post-base garantisca esiti clinici e standard di sicurezza assolutamente sovrapponibili a quelli dei modelli di cura tradizionali (Laurant et al., 2018).La ricerca dimostra che la gestione proattiva dei pazienti con patologie croniche da parte dell'infermiere di territorio conduce a un incremento significativo del livello di soddisfazione percepito dall'assistito, oltre a favorire una migliore continuità delle cure direttamente al domicilio (Laurant et al., 2018). Inoltre, l'elevata qualificazione e la presenza continuativa dell'operatore nel contesto familiare consentono una tempestiva identificazione dei bisogni di salute, determinando una sensibile e netta riduzione degli accessi impropri presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri (Laurant et al., 2018). I risultati presentati da Laurant e dal suo gruppo di ricerca si basano su una revisione sistematica pubblicata dalla Cochrane Collaboration, considerata lo standard d'eccellenza globale per le evidenze in sanità. Per giungere a queste conclusioni, gli autori hanno:

1. Analizzato un ampio bacino di studi clinici: Hanno esaminato e aggregato i dati provenienti da 18 studi controllati randomizzati e studi osservazionali condotti a livello internazionale su decine di migliaia di pazienti nelle cure primarie e domiciliari.
2. Confrontato due modelli assistenziali: Hanno messo a confronto diretto gli esiti clinici ottenuti da pazienti presi in carico da medici di medicina generale rispetto a quelli assistiti da infermieri con formazione avanzata assegnati alla gestione autonoma della cronicità.
3. Misurato indicatori rigidi (Outcomes): Hanno valutato parametri oggettivi quali il tasso di mortalità, i tassi di ricovero e di accesso al Pronto Soccorso, la compliance terapeutica, i costi per il servizio sanitario e le scale di valutazione della soddisfazione del paziente.

ARTICOLO 3: L'efficacia dell'assistenza domiciliare si misura non soltanto attraverso l'esecuzione di procedure tecnico-sanitarie, ma anche mediante la capacità dell'operatore di attivare processi educativi e di affiancamento motivazionale (coaching) nei confronti dell'assistito. La letteratura scientifica evidenzia come la realizzazione di interventi domiciliari strutturati basati sul nurse coaching determini un impatto significativo sulla stabilizzazione clinica dei pazienti

anziani fragili affetti da comorbilità (Sarkisian et al., 2020).Attraverso la presenza continuativa dell'infermiere presso il domicilio, il percorso assistenziale consente di potenziare le competenze dell'utente nell'autogestione della malattia (self-care), incrementando la consapevolezza nella gestione dei sintomi e l'aderenza ai trattamenti prescritti (Sarkisian et al., 2020). L'adozione di tale approccio relazionale ed educativo si traduce in una marcata diminuzione del rischio di ri-ospedalizzazione non programmata sia nel breve che nel medio periodo (a 30 e 90 giorni dalla dimissione), oltre che in un percepito miglioramento della qualità di vita del paziente e del suo nucleo familiare (Sarkisian et al., 2020). Per valutare l'efficacia del nurse coaching a domicilio, Sarkisian e il suo gruppo di ricerca hanno strutturato uno studio clinico controllato:

1. Popolazione target: Hanno arruolato una coorte di pazienti anziani (ultrasessantacinquenni) definiti "fragili", con patologie croniche a elevato rischio di complicanze (come scompenso cardiaco e BPCO) e recentemente dimessi dall'ospedale.

2.Disegno dello studio: Il campione è stato suddiviso in due gruppi omogenei:

Gruppo di controllo: ha ricevuto la presa in carico standard prevista dal servizio sanitario dopo la dimissione.

Gruppo di intervento: è stato affiancato da un infermiere domiciliare specificamente formato in tecniche di coaching sanitario e supporto motivazionale. L'intervento ha previsto visite domiciliari periodiche e contatti telefonici programmati incentrati sull'alfabetizzazione sanitaria (health literacy), la prevenzione dei fattori di rischio e il supporto attivo all'autogestione della terapia.

3.Indicatori misurati (Outcomes): Gli autori hanno monitorato nel tempo (a 30 e 90 giorni) l'incidenza di nuovi ricoveri ospedalieri e accessi in Pronto Soccorso, contestualmente alla somministrazione di questionari validati per misurare la qualità di vita correlata alla salute (HRQoL) e la compliance terapeutica.

ARTICOLO 4: Nel contesto delle cure domiciliari e primarie, la letteratura scientifica evidenzia come l'adozione di modelli organizzativi incentrati sull'autonomia dell'infermiere ad alta qualificazione determini importanti benefici sia sul piano clinico sia su quello gestionale (Karam

et al., 2021).L'implementazione di percorsi territoriali guidati da personale infermieristico specializzato consente di intercettare precocemente il peggioramento delle condizioni di salute nei pazienti anziani con bisogni complessi (Karam et al., 2021). Questo approccio proattivo garantisce una sensibile riduzione degli accessi impropri presso le strutture di pronto soccorso stimata fino al 31% e una contestuale flessione dei ricoveri ospedalieri evitabili, traducendosi in un'ottimizzazione dell'allocazione delle risorse economiche e in un contenimento della spesa per le Aziende Sanitarie (Karam et al., 2021). Per valutare l'efficacia dei modelli di cura primari e domiciliari guidati da infermieri (Nurse-Led Care), Karam e il suo team hanno strutturato una revisione sistematica con meta-analisi:

1. Selezione degli studi e criteri di inclusione: Gli autori hanno condotto un'accurata ricerca bibliografica sulle principali banche dati biomediche internazionali (PubMed, CINAHL, Embase, Cochrane Library), selezionando studi clinici controllati e trial randomizzati incentrati su pazienti anziani (età pari o superiore a 65 anni) con patologie croniche complesse gestiti a domicilio o nelle cure primarie da infermieri specializzati.

2. Analisi quantitativa (Meta-analisi): Gli autori hanno aggregato statisticamente i dati estratti dai singoli studi per misurare l'effetto complessivo del modello infermieristico rispetto alla presa in carico tradizionale standard.

3. Indicatori misurati (Outcomes): La ricerca ha analizzato in modo specifico il tasso di accesso al Pronto Soccorso, il tasso di ricoveri ospedalieri non programmati, la durata delle degenze e i parametri di costo-efficacia per i servizi sanitari.

ARTICOLO 5: L'evoluzione dell'assistenza domiciliare verso standard prestazionali avanzati evidenzia il valore strategico degli interventi educativi erogati dall'infermiere nell'ambito delle dimissioni protette. L'attività di addestramento e counseling mirata all'autogestione della patologia (self-care) costituisce uno degli strumenti di maggiore efficacia per prevenire le complicanze nei pazienti cronici ad alta complessità assistenziale (Rice et al., 2022).La letteratura scientifica attesta che la continuità delle cure assicurata da infermieri con formazione specialistica o post-base

consente di personalizzare il piano di assistenza in funzione delle reali risorse dell'assistito e del suo nucleo familiare (Rice et al., 2022). Tale approccio relazionale e formativo promuove l'aderenza ai trattamenti prescritti e la tempestiva rilevazione dei sintomi di riacutizzazione, determinando una significativa contrazione dei tassi di ri-ospedalizzazione a 30 giorni dal rientro a domicilio (Rice et al., 2022). Per valutare l'efficacia delle competenze infermieristiche avanzate nel setting domiciliare, Rice e il suo gruppo di ricerca hanno sviluppato uno studio quantitativo osservazionale e prospettico:

1. Campionamento e contesto: Gli autori hanno seguito una coorte di pazienti adulti e anziani ad alto rischio di complicanze (affetti da patologie quali scompenso cardiaco, diabete non compensato e BPCO) arruolati al momento della dimissioni da strutture ospedaliere ed inseriti in percorsi di assistenza domiciliare.

2. Intervento assistenziale: Un gruppo di infermieri con formazione specialistica avanzata (Advanced Practice Nurses) ha erogato interventi focalizzati sull'educazione terapeutica, sul self-monitoring dei parametri vitali e sulla gestione personalizzata della terapia farmacologica direttamente presso il domicilio degli assistiti.

3. Valutazione degli indicatori (Outcomes): Il team di ricerca ha registrato l'incidenza di eventuali riammissioni in ospedale a 30 e 60 giorni, correlando i dati con il livello di autonomia acquisito dai pazienti nella gestione autonoma della patologia.

ARTICOLO 6: La continuità delle cure garantita nel contesto domiciliare rappresenta un elemento strutturale di primaria importanza per valutare la qualità dell'assistenza e l'efficienza dei servizi territoriali. La letteratura scientifica evidenzia come l'instaurazione di una relazione assistenziale continuativa tra l'assistito adulto e il professionista infermieristico consenta di ottimizzare la risposta ai bisogni di salute complessi direttamente presso l'abitazione dell'utente (Santomassino et al., 2012).La presenza costante dell'operatore nel tempo favorisce la costruzione di un rapporto di fiducia con il paziente e la sua famiglia, incrementando in modo significativo il grado di soddisfazione percepito nei confronti del sistema sanitario (Santomassino et al., 2012). Inoltre, la

continuità informativa e relazionale permette all'infermiere di monitorare l'evoluzione del quadro clinico con maggiore accuratezza, intercettando precocemente eventuali segni di destabilizzazione e riacutizzazione della patologia, riducendo in maniera consistente la frequenza delle riospedalizzazioni non pianificate (Santomassino et al., 2012). Per valutare l'efficacia della continuità assistenziale a domicilio, Santomassino e il suo gruppo di ricerca presso il Joanna Briggs Institute (JBI) hanno condotto una revisione sistematica della letteratura:

1. Ricerca e selezione delle evidenze: Gli autori hanno effettuato una ricerca approfondita su molteplici banche dati biomediche e socio-sanitarie internazionali (CINAHL, MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library), selezionando studi quantitativi, trial controllati e indagini osservazionali focalizzati su pazienti adulti in carico ai servizi di assistenza domiciliare.

2. Valutazione della qualità metodologica: Ogni articolo identificato è stato sottoposto a una rigorosa valutazione critica mediante le griglie standardizzate del Joanna Briggs Institute, al fine di includere soltanto le ricerche con elevata solidità scientifica.

3. Sintesi dei dati ed estrazione degli indicatori (Outcomes): Gli autori hanno analizzato e sintetizzato i dati relativi a tre dimensioni principali: la continuità assistenziale (relazionale, gestionale e informativa), il livello di soddisfazione e fiducia riferito dal paziente/famiglia e la percentuale di ricoveri ospedalieri ripetuti o evitabili.

CAPITOLO 3: LA GESTIONE DELL'ADI NELLA REGIONE ABRUZZO: IL MANUALE DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

1.1.1 LA DISCIPLINA DELLE CURE DOMICILIARI NELLA REGIONE ABRUZZO

Nel quadro delle riforme sanitarie nazionali orientate al potenziamento della rete territoriale e all'attuazione degli standard stabiliti dal Decreto Ministeriale n. 77/2022, la Regione Abruzzo ha avviato una profonda riorganizzazione del sistema delle Cure Domiciliari e dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Il modello abruzzese persegue l'obiettivo di decongestionare le strutture ospedaliere, prevenire i ricoveri impropri o ripetuti e assicurare la continuità assistenziale medica, infermieristica, riabilitativa e socio-assistenziale direttamente presso l'ambiente di vita dell'assistito (Regione Abruzzo, 2007; Regione Abruzzo, 2008). L'architettura dell'assistenza domiciliare nella Regione Abruzzo affonda le sue radici programmatiche nelle Linee Guida regionali approvate con Deliberazione di Giunta Regionale (DGR) n. 224/2007 e nel Piano Sanitario Regionale (Regione Abruzzo, 2007; Regione Abruzzo, 2008). Tale disciplina classifica le cure erogabili al domicilio secondo livelli di complessità crescente:

1. Assistenza Domiciliare Programmata (ADP): caratterizzata da interventi medici o specialistici periodici per pazienti non deambulanti;
2. Cure Domiciliari Prestazionali (o di Base): articolate in prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato (es. medicazioni semplici, prelievi ematici, gestioni cateteriche);
3. Cure Domiciliari Integrate (ADI): destinate a soggetti complessi, articolate in quattro livelli di intensità assistenziale sulla base della frequenza degli accessi settimali, della criticità clinica e del livello di multimorbilità rilevato attraverso il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) nel flusso SIAD (Regione Abruzzo, 2007).

Ai fini dell'ammissibilità al servizio, la normativa regionale richiede la coesistenza di tre requisiti fondamentali: la condizione di non deambulabilità o intrasportabilità del paziente, la presenza nell'ambiente domestico di idonee condizioni igienico-sanitarie e la presenza formale di un

caregiver familiare o di riferimento in grado di collaborare con l'équipe assistenziale (Regione Abruzzo, 2007; ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila, 2025).Una svolta nell'organizzazione territoriale regionale si è concretizzata con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 885/2023 e la successiva procedura di gara aggregata condotta dall'Agenzia Regionale per la Committenza (AreaCom). Tale accordo quadro ha introdotto l'accreditamento istituzionale degli enti erogatori privati e un modello fondato sulla libera scelta dell'operatore economico da parte dell'assistito (Regione Abruzzo, 2023; ASL 3 Pescara, 2025).A partire dal mese di maggio 2025, il modello è divenuto operativo nei territori regionali grazie all'implementazione della piattaforma informatica Unica SmartLea. Attraverso questo portale, l'utente o il suo delegato riceve le credenziali di accesso via SMS o WhatsApp e dispone di una finestra temporale vincolante per selezionare il soggetto erogatore accreditato:

Entro 6 ore nel caso di Dimissione Protetta da presidio ospedaliero entro 24 ore nelle attivazioni ordinarie dal territorio.In caso di mancata selezione entro tali termini, il sistema informatico provvede all'assegnazione automatica dell'ente erogatore tramite un criterio d'ufficio a rotazione, salvaguardando il principio della continuità e tempestività della cura (ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila, 2025; ASL 3 Pescara, 2025). La procedura d'accesso omogenea nelle quattro Aziende Sanitarie Locali abruzzesi Benché la gestione operativa sia radicata nelle singole realtà provinciali, il flusso procedurale d'accesso e presa in carico è uniformato su tutto il territorio abruzzese e si applica in modo sovrapponibile a tutte le quattro ASL regionali: ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila, ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti, ASL 3 Pescara e ASL 4 Teramo (ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila, 2025; ASL 2 Chieti, 2024; ASL 3 Pescara, 2025; ASL 4 Teramo, 2024). La procedura standardizzata si sviluppa attraverso le seguenti fasi sequenziali:

1. Segnalazione e attivazione della domanda: Il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS) responsabili clinici del paziente al domicilio ovvero il medico responsabile del reparto ospedaliero in fase di dimissione, redige la proposta di cura motivata.

La domanda viene trasmessa allo sportello del Punto Unico di Accesso (PUA) situato presso il Distretto Sanitario di Base di competenza territoriale (ASL 3 Pescara, 2025).

2. Valutazione Multidimensionale e formulazione del PAI: Il PUA attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) o le équipe multidisciplinari distrettuali (composte da medico distrettuale, infermiere di famiglia/comunità, assistente sociale e specialisti). L'UVM valuta i bisogni clinico-funzionali del paziente, la rete sociale ed elabora il Piano Assistenziale Individuale (PAI), stabilendo la durata del percorso, le figure professionali richieste e il livello di intensità erogativa (ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila, 2025).
3. Selezione del provider su SmartLea: Generato il PAI, la piattaforma invia la notifica all'assistito. La scelta del soggetto erogatore può essere completata in modalità digitale dal paziente/caregiver tramite l'accesso alla piattaforma web regionale oppure in forma cartacea presentandosi presso gli uffici del Distretto Sanitario (ASL 3 Pescara, 2025).
4. Erogazione delle prestazioni e verifica della qualità: L'ente erogatore selezionato prende in carico il paziente e somministra le cure previste nel PAI, registrando gli accessi nella cartella clinica domiciliare. Il sistema integrato consente all'utente di esprimere valutazioni sulla qualità del servizio o di richiedere motivatamente il cambio dell'operatore alla scadenza del PAI o in caso di gravi disservizi (ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila, 2025; ASL 3 Pescara, 2025).

In conclusione, la convergenza tra la regolamentazione clinica regionale e il modello informatico unificato garantisce pari dignità d'accesso all'ADI in tutte le articolazioni distrettuali dell'Abruzzo, perseguendo la centralità della persona e l'elevazione degli standard di sicurezza nelle cure domiciliari (Regione Abruzzo, 2023; ASL 3 Pescara, 2025).

3.2 IL MANUALE DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE ADI IN ABRUZZO

Nel contesto della riorganizzazione della rete territoriale sanitaria e socio-sanitaria, il Manuale di Autorizzazione e di Accreditamento Istituzionale per le Cure Domiciliari (ADI) della Regione Abruzzo costituisce il documento programmatorio fondamentale volto a garantire la qualità, l'appropriatezza e la sicurezza dei servizi erogati (Regione Abruzzo, 2024). Il testo regionale recepisce l'Intesa Stato-Regioni Rep. n. 151/CSR del 4 agosto 2021 (in attuazione dell'art. 1, comma 406, della L. 178/2020) recepita inizialmente con la DGR n. 769/2021 e successivamente riadeguata con la DGR n. 274/2023 a seguito delle osservazioni del Ministero della Salute integrando altresì le novità introdotte dalla Legge Regionale n. 4/2024 (Regione Abruzzo, 2024). In linea con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e con le milestone stabilite dal PNRR e dalla DGR n. 32/2024 sul fabbisogno pluriennale, la normativa mira a elevare lo standard qualitativo della presa in carico al domicilio del cittadino (Regione Abruzzo, 2024). La disciplina regionale abruzzese stabilisce una netta demarcazione tra l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale (Regione Abruzzo, 2024):

- Autorizzazione all'esercizio: A seguito delle modifiche apportate dalla L.R. n. 4/2024 all'art. 2 della L.R. n. 32/2007, l'avvio delle attività sanitarie e socio-sanitarie di assistenza domiciliare è subordinato al solo possesso dell'autorizzazione all'esercizio (Regione Abruzzo, 2024). Tale titolo viene rilasciato dal Comune competente (tramite SUAP) previa verifica dei requisiti minimi di legge (Regione Abruzzo, 2024).
- Accreditamento istituzionale: Rappresenta la condizione indispensabile affinché i soggetti autorizzati (pubblici o privati) possano erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale (SSR) (Regione Abruzzo, 2024). Esso attesta il possesso di standard qualitativi ulteriori, la perfetta integrazione nella rete dei servizi e la capacità di garantire un miglioramento continuo dell'assistenza (Regione Abruzzo, 2024).

L'Allegato 1 del Manuale definisce i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi inderogabili che tutte le organizzazioni eroganti cure domiciliari (base e ADI di I, II e III livello) devono garantire (Regione Abruzzo, 2024):

A. Requisiti Strutturali:

- L'organizzazione deve disporre di almeno una sede organizzativa (che svolge funzioni di centro organizzativo, segreteria, call center e gestione reclami) e di sedi operative distribuite secondo criteri di prossimità (Regione Abruzzo, 2024).
- Locali della sede organizzativa: devono comprendere spazi dedicati alla direzione del servizio, all'organizzazione e alla segreteria, front-office per le richieste, archivio sicuro per la documentazione sanitaria (garantendo il rispetto della privacy) e servizi igienici dedicati (Regione Abruzzo, 2024).
- Locali della sede operativa: richiedono depositi dedicati per il materiale sanitario pulito e per il materiale sporco (con area delimitata per lavaggio e sterilizzazione se non si usano monouso o servizi esterni), spogliatoi per gli operatori e spazi riservati alle riunioni di équipe (Regione Abruzzo, 2024).

B. Requisiti Tecnologici e Dotazioni:

- Automezzi: disponibilità di mezzi di trasporto idonei, coperti da idonea assicurazione e sottoposti a un programma strutturato di controllo e manutenzione (Regione Abruzzo, 2024).
- Apparecchiature e Dispositivi Medicali: garanzia di una dotazione minima obbligatoria composta da stetoscopi, sfigmomanometri, glucometri, saturimetri e aspiratori (Regione Abruzzo, 2024). Tutte le apparecchiature elettromedicali devono essere dotate di marcatura CE, essere censite in un inventario aggiornato e sottoposte a verifiche periodiche di funzionamento e collaudo (Regione Abruzzo, 2024).
- Sistemi Informativi e Telemedicina: adozione di software gestionali per il tracciamento del fascicolo dell'assistito, unitamente a tecnologie audio-video integrative per l'erogazione di prestazioni di telemedicina (Regione Abruzzo, 2024).

- Sicurezza e Gestione Emergenze: assegnazione dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) in base alla valutazione dei rischi, dotazione di contenitori a norma per campioni biologici e rifiuti speciali, nonché fornitura di borse attrezzate e zaini per le emergenze muniti di check-list di controllo (Regione Abruzzo, 2024).

C. Requisiti Organizzativi:

- Responsabilità della Struttura: presenza obbligatoria di un Direttore Sanitario (o Responsabile Medico per i soggetti pubblici) garante della qualità, della gestione dei presidi, del rischio clinico e dei raccordi con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) (Regione Abruzzo, 2024).
- Gestione del Personale: idoneità numerica e professionale dell'équipe multidisciplinare (medici, infermieri, fisioterapisti, OSS, dietisti, psicologi) (Regione Abruzzo, 2024). L'organizzazione è tenuta a istituire un fascicolo personale per ogni operatore (titoli, formazione ECM, certificazione BLSD aggiornata, idoneità del medico competente) e ad applicare la normativa contrattuale e previdenziale di categoria (Regione Abruzzo, 2024).
- Continuità Garanzia Attività: per le cure di base e di 1° livello l'attività sanitaria deve essere garantita 5 giorni su 7 (dal lunedì al venerdì); per le cure integrate di 2° e 3° livello l'assistenza deve coprire 7 giorni su 7 (Regione Abruzzo, 2024).
- Procedure Cliniche e Rischio Clinico: adozione di un piano di gestione del rischio clinico (con focus sulle Infezioni Correlate all'Assistenza - ICA), formali procedure scritte per le consegne tra operatori, la somministrazione di terapie/trasfusioni, la cura degli accessi vascolari e la redazione della Carta dei Servizi (Regione Abruzzo, 2024).

L'accreditamento richiede il soddisfacimento di criteri di eccellenza strutturati secondo il modello di gestione della qualità totale noto come Ciclo di Deming (Regione Abruzzo, 2024):

- Fase 1 - PLAN (Pianificazione): recepimento di un piano triennale generale conforme all'art. 22 del DPCM 12/01/2017 (LEA), coordinamento con la rete delle cure palliative e della

terapia del dolore, adozione del regolamento del personale e definizione dell'organigramma (Regione Abruzzo, 2024).

- Fase 2 - DO (Implementazione): applicazione sul campo di strumenti validati di valutazione multidimensionale, adozione ed esecuzione rigorosa del Piano Assistenziale Individuale (PAI) elaborato dall'UVM e compilazione contestuale del fascicolo sanitario domiciliare informatizzato (Regione Abruzzo, 2024).
- Fase 3 - CHECK (Monitoraggio): rilevazione sistematica e analisi dei dati di attività, tracciabilità del debito informativo verso il sistema SIAD-NSIS (Sistema Informativo per il Monitoraggio delle Cure Domiciliari) e trasmissione delle risultanze all'ASL competenti (Regione Abruzzo, 2024).
- Fase 4 - ACT (Miglioramento continuo): redazione di un Piano Annuale per il Miglioramento della Qualità basato sull'analisi dei reclami, dei disservizi e degli audit clinici, orientato all'adozione di tempestive azioni correttive (Regione Abruzzo, 2024).

L'iter per l'ottenimento dell'accreditamento regionale segue precise fasi procedurali ed è caratterizzato dal coinvolgimento di specifici organi di verifica (Regione Abruzzo, 2024):

1. Presentazione dell'Istanza: Il legale rappresentante della struttura autorizzata presenta la domanda (Mod. Accr. Ist. ADI) al Servizio Accreditamento del Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo, corredata dalle schede di autocertificazione (Allegato 3) e dalle dichiarazioni sostitutive di notorietà e di integrità morale ed etico-professionale (Allegato 5) (Regione Abruzzo, 2024).
2. Istruttoria Amministrativa: Il Dipartimento Sanità verifica la regolarità formale della domanda, la titolarità dell'autorizzazione all'esercizio e la dichiarazione sul mantenimento dei requisiti minimi (Regione Abruzzo, 2024). Superata la verifica, l'istanza viene inviata all'Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) (Regione Abruzzo, 2024).
3. Verifica sul Campo (Gruppo Visita G.E.R.A.): La Segreteria Tecnica dell'O.T.A. individua il Gruppo Visita (composto da un numero compreso tra 3 e 7 esperti regionali G.E.R.A. guidati

da un Team Leader) (Regione Abruzzo, 2024). Il gruppo, previa validazione da parte del Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento (C.C.R.A.), notifica ed effettua il sopralluogo ispezione entro 15 giorni dall'assegnazione dell'incarico (Regione Abruzzo, 2024).

4. Relazione Finale e Valutazione: Il Gruppo G.E.R.A. stila la Relazione Finale che viene trasmessa all'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR Abruzzo) (Regione Abruzzo, 2024). L'ASR propone al C.C.R.A. un parere distinto in tre possibili esiti (Regione Abruzzo, 2024): parere favorevole per il rilascio dell'accreditamento, parere negativo motivato (diniego) o accreditamento con prescrizione, che subordina il rilascio alla realizzazione di un piano di azioni correttive entro precise tempistiche (Regione Abruzzo, 2024).
5. Provvedimento Finale: Sulla base della valutazione finale formulata dal C.C.R.A., la Giunta Regionale adotta la deliberazione ufficiale di accreditamento (avente validità quinquennale, con obbligo di rinnovo da richiedere almeno 6 mesi prima della scadenza) (Regione Abruzzo, 2024).

   In sintesi, il Manuale regionale garantisce che le strutture erogatrici abruzzesi operino secondo elevati standard di trasparenza, sicurezza e qualità assistenziale, strutturando un'offerta sociosanitaria solida e controllata a tutela della popolazione (Regione Abruzzo, 2024). Allego il manuale di autorizzazione e accreditamento istituzionale ADI dell’Abruzzo in particolare allegato 1 e 3 che sono stati cruciali per la stesura di questo paragrafo.

REGIONE ABRUZZO

MANUALE DI AUTORIZZAZIONE E DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

CURE DOMICILIARI (ADI)

REGIONE ABRUZZO

INTRODUZIONE

La Regione Abruzzo ha recepito con **Delibera di Giunta Regionale n. 769/2021** l'Intesa Stato Regioni Rep.n.151/CSR del 4 agosto 2021 recante "*Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle Cure Domiciliari, in attuazione dell'art. 1, comma 406, della Legge 30 dicembre 2020, n. 178*".

Tenendo conto del mutato quadro nazionale di riferimento, il presente manuale declina, per la Regione Abruzzo, le specifiche di autorizzazione e accreditamento delle strutture eroganti le prestazioni di cure domiciliari.

In quanto livello essenziale di assistenza, le cure domiciliari rispondono ai principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale come definiti dall'articolo 1, commi 1 e 2, del D.lgs. 23 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., relativi alla dignità della persona umana, al bisogno di salute, all'equità di accesso all'assistenza, alla qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché all'economicità nell'impiego delle risorse.

L'assistenza domiciliare integrata si configura quindi come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi di vario livello di intensità e complessità assistenziale, nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza, con benefici in termini di benessere degli assistiti, recupero di appropriatezza ed uso efficiente delle risorse.

Il Manuale ha lo scopo di fissare gli standard di riferimento volti al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza dell'organizzazione, dell'impiego delle risorse umane e materiali e della formazione, nonché di sviluppare, in accordo con la Delibera di Giunta 32 del 18 gennaio 2024 – che ha definito il fabbisogno pluriennale dei livelli di cure domiciliari, in armonia con i target e le milestones PNRR in materia -, un sistema che determini un livello qualitativamente elevato delle prestazioni rivolto al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini.

Con Delibera di Giunta Regionale n.693 del 18 settembre 2008, la Regione Abruzzo aveva approvato il Documento Tecnico "Autorizzazione e Accreditamento delle Cure Domiciliari" che formulava nel dettaglio i requisiti di autorizzazione e accreditamento delle Cure Domiciliari; con la successiva DGR 274 del 16 maggio 2023 è stato approvato il nuovo manuale di autorizzazione e accreditamento in attuazione degli adempimenti di cui alla DGR 769/2021. A seguito dei rilievi formulati dal Ministero della Salute nel 2023 in fase di approvazione/valutazione degli atti programmatori regionali, la Regione ha riformulato i requisiti

autorizzativi e di accreditamento nell'ambito del presente documento secondo una più stretta aderenza al dettato dell'Accordo Stato-Regioni del 151/CSR del 4 agosto 2021.

ORGANIZZAZIONE DEL MANUALE

Il presente Manuale formula nel dettaglio i requisiti autorizzativi e di accreditamento delle cure domiciliari nonché le relative procedure.

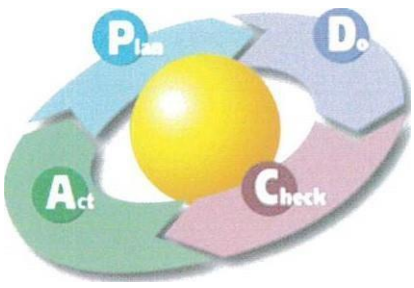
REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Le Cure Domiciliari si classificano in: cure domiciliari di base, caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato e in cure domiciliari integrate di primo, secondo e terzo livello.

Nel manuale di autorizzazione sono dettagliati i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi, i quali sono parte integrante – tra gli altri – dei requisiti di autorizzazione all'esercizio.

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

Il manuale rappresenta uno strumento per valutare, monitorare e migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni. Ciascun requisito è monitorato in **FASI** secondo la logica del **ciclo di Deming**: (ciclo di PDCA Plan-Do-Check-Act):



Fase 1 **PLAN** - Documenti di indirizzo e pianificazione: i piani, le politiche, le linee guide e altri documenti di indirizzo

richiesti debbono essere presenti e rispettare nel contenuto quanto previsto dai requisiti per

l'accreditamento.

In altri casi è necessario definire i documenti a livello di singola articolazione organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, altro...) coinvolta nella cura dell'utente/paziente.

Fase 2 **DO** - Implementazione: la valutazione delle evidenze prevista da questa fase viene effettuata, in particolare,

attraverso l'osservazione sul campo, interviste agli operatori o la valutazione delle cartelle cliniche dei pazienti, dei dati e di altri documenti. Tuttavia, per il loro volume e la dispersione all'interno dell'organizzazione, non è possibile esaminare tutta la documentazione disponibile o tutti gli elementi e gli indicatori misurabili in grado di testimoniare la conformità alle evidenze previste. Pertanto, in sede di verifica, il campionamento per la valutazione delle evidenze non si basa su criteri probabilistici, tali da individuare un campione rappresentativo della realtà organizzativa esaminata, ma è definibile come campione a scelta ragionata.

Fase 3 **CHECK** - Monitoraggio: nessuna attività può essere migliorata se non si misurano i risultati. Per il

soddisfacimento di tali evidenze sono richiesti i risultati documentati derivanti dal monitoraggio della qualità e della sicurezza delle attività definite nelle fasi precedenti. Per migliorare le proprie attività è necessario raccogliere dati e informazioni e analizzare le condizioni che eventualmente hanno determinato livelli di adeguatezza o di performance non soddisfacenti. Alcuni dati possono essere raccolti a livello di sistema, in altri casi il monitoraggio dei dati può essere effettuato nell'ambito della singola struttura complessa attraverso l'analisi ad esempio della cartella clinica. Il monitoraggio sistematico dei dati effettuato dalla struttura, laddove non specificato, non è da effettuarsi in continuo ma *sulla base di un campione rappresentativo del processo da analizzare*. Se non sono presenti specifici riferimenti circa la frequenza, è la struttura stessa a definirla.

Fase 4 **ACT** - Miglioramento della qualità: le evidenze previste in questa fase, prevedono che l'organizzazione

documenti la valutazione e l'analisi dei dati e delle informazioni derivate dalle fasi precedenti al fine di definire le priorità per l'implementazione di specifiche iniziative atte a migliorare la qualità e la sicurezza dell'organizzazione.

ALLEGATI AL MANUALE

Il presente Manuale di Autorizzazione e di Accreditamento delle Cure Domiciliari di n. 5 allegati di seguito riportati:

1) **ALLEGATO 1**: Requisiti di autorizzazione all'esercizio dell'attività di cure domiciliari
2) **ALLEGATO 2**: Modello di domanda per il rilascio / la conferma dell'autorizzazione alle strutture eroganti cure domiciliari (ADI)
3) **ALLEGATO 3**: Requisiti di accreditamento istituzionale per lo svolgimento delle cure domiciliari - Schede di autocertificazione a cura delle strutture socio-sanitarie richiedenti il rilascio/rinnovo dell'accreditamento istituzionale
4) **ALLEGATO 4**: Procedure e modello di domanda per il rilascio dell'accreditamento istituzionale alle strutture eroganti cure domiciliari (ADI)
5) **ALLEGATO 5**: Dichiarazione sostitutiva attestante il possesso dei requisiti

ALLEGATO 1

REQUISITI Dl AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' DI CURE DOMICILIARI

1. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI STRUTTURALI		
L'organizzazione che eroga cure domiciliari:		
1.1. AU - Sede organizzativa e operativa	☐ Dispone almeno di una sede organizzativa, che può coincidere con la sede operativa, nell'ambito del territorio regionale, rapportata alla tipologia e alla complessità dell'attività svolta; tale sede svolge funzioni di centro organizzativo del servizio di cure domiciliari, di segreteria per informazioni e comunicazioni (call center), di raccolta di suggerimenti e reclami; dispone di almeno una sede operativa, dislocate sul territorio nel rispetto dei criteri di prossimità. Le sedi sono collegate tra loro in relazione alla distribuzione degli interventi territoriali.	
1.2 AU - Locali e spazi della sede organizzativa e operativa	Dispone di locali e spazi quali: **<u>per la sede organizzativa</u>**: ☐ un locale per l'organizzazione dei servizi, le attività amministrative di segreteria (call center) aperto secondo il requisito 3.2.2; ☐ un locale dedicato alla direzione del servizio e alle riunioni di equipe, utilizzabile anche per colloqui con gli utenti nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico; ☐ uno spazio (front office) per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio; ☐ uno spazio per la conservazione sicura della documentazione sanitaria; servizi igienici per il personale; ☐ servizi igienici per gli utenti, attrezzati per la disabilità, nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico. **<u>Per la sede operativa</u>**: ☐ un locale/spazio (es. armadi) ad uso deposito del materiale pulito/magazzino sanitario da gestire in conformità alle normative in materia di tenuta della farmacia e dei presidi sanitari; ☐ un locale/spazio (es. armadi) per deposito del materiale sporco, con uno spazio delimitato adibito al lavaggio, nonché alla sterilizzazione dei materiali laddove non venga utilizzato solo materiale monouso o non ci si avvale di servizi esterni di sterilizzazione; uno spogliatoio per il personale; ☐ un locale dedicato alla direzione del servizio e alle riunioni di equipe, utilizzabile anche per colloqui con gli utenti nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico; ☐ uno spazio (front office) per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio; uno spazio per la conservazione della documentazione sanitaria; ☐ servizi igienici per il personale; servizi igienici per gli utenti, attrezzati per la disabilità, nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico. Tutti i locali devono essere in possesso dei requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente	

2. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI TECNOLOGICI

In funzione dei livelli di attività erogata, l'Organizzazione garantisce:		
2.1 AU - Automezzi	☐ La disponibilità di mezzi di trasporto idonei a garantire la mobilità degli operatori e delle attività organizzative di supporto; ☐ la conformità dei mezzi di trasporto alla normativa vigente (copertura assicurativa e altro); ☐ un programma di controllo e manutenzione dei mezzi;	
2.2. AU - Apparecchiature	☐ Tutte le attrezzature, i dispositivi medici e le apparecchiature elettromedicali, conformi alla normativa vigente, necessari a garantire l'erogazione delle rispettive prestazioni domiciliari erogate; ☐ la dotazione minima delle apparecchiature, che deve essere sottoposta a verifiche periodiche, che comprende: stetoscopi, sfigmomanometri, glucometri, saturimetri, aspiratori;	
2.2 AU - Dotazioni telefoniche ed informatiche	☐ L'adozione presso la sede organizzativa e operativa di un sistema informativo utile all'organizzazione dell'assistenza, specifico per l'attività nei diversi livelli assistenziali e che consenta l'immediata individuazione del fascicolo delle persone assistite e il controllo aggiornato del profilo di assistenza; ☐ i supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche e un sistema integrato di telecomunicazione e tecnologie audio-video con i relativi software, per creare, elaborare, archiviare, proteggere e scambiare dati elettronici comprese le prestazioni di telemedicina;	
2.4 AU - Dispositivi di protezione individuale	☐ La valutazione dei rischi ai sensi della vigente normativa e l'assegnazione dei dispositivi di protezione individuale agli operatori;	
2.5. AU - Dotazioni per smaltimento rifiuti speciali	☐ Le dotazioni necessarie per lo smaltimento dei rifiuti speciali come previsto dalla normativa vigente;	
2.6 AU - Contenitori per campioni biologici	☐ I contenitori per il trasporto dei campioni biologici a norma di legge;	
2.7 AU - Borse attrezzate	☐ Le borse per il personale sanitario, dotate del materiale necessario per l'attività da svolgere verificato attraverso una check list predefinita; ☐ lo zaino per la gestione delle emergenze dotato di check list predefinita;	
2.8 AU - Gestione e manutenzione di attrezzature/apparecchiature	☐ La verifica periodica dello stato di funzionamento e manutenzione delle apparecchiature in dotazione, mediante: ☐ un inventario aggiornato delle attrezzature /apparecchiature utilizzate; ☐ la presenza e la disponibilità di tutta la documentazione relativa ai collaudi, ispezioni e interventi di manutenzione e monitoraggio del funzionamento; ☐ la presenza e la disponibilità della documentazione tecnica (con istruzioni per l'uso in lingua italiana) relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, per ogni verifica necessaria; ☐ l'addestramento, qualora necessario, del personale coinvolto nell'utilizzo delle attrezzature e dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, opportunamente documentato.	

3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI
3.1. AU - Responsabilità e personale

L'organizzazione garantisce:		
3.1.1 AU - Responsabilità dell'Organizzazione	☐ Che la responsabilità complessiva dell'Organizzazione stessa sia affidata a un direttore sanitario, o per le organizzazioni pubbliche, al responsabile medico designato dall'Azienda Sanitaria. Tale figura è responsabile del mantenimento dei requisiti sanitari e della verifica di qualità degli interventi svolti, della corretta gestione (acquisizione, stoccaggio, distribuzione, utilizzo o manutenzione) di tutto il materiale sanitario/presidi/attrezzature/apparecchiature, della sorveglianza sulla valutazione del personale e sulla documentazione sanitaria da questi redatta, della gestione del rischio clinico, della definizione delle modalità di comunicazione e raccordo con i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, nonché con gli Specialisti di riferimento; che, per i servizi di cure domiciliari integrate (ADI) vengano garantite le funzioni di coordinamento e responsabilità clinica, infermieristica e amministrativa; che per ogni persona in carico per cure domiciliari sia garantita continuità della presa in carico per tutta la durata dell'assistenza, coerentemente con il Piano Assistenziale;	
3.1.2 AU - Dotazione di personale	☐ Che la dotazione di personale, in termini numerici e di figure professionali coinvolte, sia proporzionata alla tipologia di attività che intende erogare integrando fra di loro le diverse figure professionali, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie della riabilitazione, OSS, dietisti, psicologi e le altre figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI;	
3.1.3 AU - Requisiti per il personale (titoli e formazione)	☐ che tutte le figure professionali siano in possesso dei requisiti necessari per svolgere la professione corrispondente, secondo la normativa vigente (titoli, eventuali abilitazioni, iscrizioni ad Albi ed Ordini professionali); ☐ che sia effettuata la verifica dei titoli in possesso degli operatori; che siano rispettati gli obblighi normativi di formazione continua per tutti i professionisti sanitari; ☐ che vi sia formazione in merito a: procedure interne organizzative, procedure operative adottate (in funzione del profilo), umanizzazione delle cure e qualità delle relazioni, certificazione BLSD (primo soccorso con l'impiego di defibrillatore semiautomatico) aggiornata, sicurezza sul lavoro, gestione del rischio clinico, che esista evidenza della formazione, l'effettuazione di programmi di formazione per il nuovo personale;	

3.1.4 AU - Elenco degli operatori e fascicolo personale	☐ che sia conservato e regolarmente aggiornato un elenco del personale impiegato, che riporti: la tipologia e il numero delle figure professionali, il possesso dei relativi requisiti professionali; la tipologia del rapporto di lavoro; che sia data evidenza della turnazione del personale; ☐ che sia conservato, per il periodo previsto dalla normativa vigente, un archivio storico dei turni effettuati e della documentazione relativa ai servizi svolti, contenente i dati degli accessi a domicilio; ☐ che sia costituito un fascicolo, anche in formato elettronico, relativo a ciascun operatore che presta attività, composto da: curriculum formativo aggiornato e la relativa documentazione, attestazioni della formazione continua obbligatoria, attestato di idoneità psicofisica al lavoro, valutazione di idoneità effettuata dal Medico competente; ☐ attestazione della formazione obbligatoria in materia di sicurezza sul lavoro; - attestazione dell'aggiornamento continuo del BLSD; attestazione della formazione sulle procedure interne all'Organizzazione; possesso della patente di guida adeguata all'eventuale veicolo utilizzato ai fini dell'attività erogata; ☐ che il fascicolo personale degli operatori sia conservato nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali;	
3.1.5 AU - Regolarità del rapporto di lavoro	nei confronti del proprio personale: ☐ l'attuazione di condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi di lavoro applicabili alla categoria di riferimento; ☐ l'osservanza e l'applicazione di tutte le norme relative alle assicurazioni obbligatorie ed antinfortunistiche, previdenziali ed assistenziali; ☐ l'applicazione della normativa in merito alla responsabilità civile in ambito sanitario.	
3.1.6 AU Identificabilità degli operatori	☐ L'utilizzo di strumenti per l'identificazione degli operatori nel rispetto della normativa sulla privacy (cartellino di riconoscimento riportante almeno: nome e cognome dell'operatore, ruolo, logo e nome dell'Organizzazione stessa).	
3.2. AU - Procedure e gestione dell'attività **L'organizzazione assicura:**		
3.2.1 AU Tipologia di prestazioni e di servizi erogati	☐ che siano definiti: il catalogo delle prestazioni e dei servizi erogati; le modalità di accesso e di attivazione dalle cure domiciliari, la gestione delle eventuali urgenze; ☐ che sia redatta la Carta dei Servizi (si veda punto 3.2.13); ☐ che sano indicate le modalità di utilizzo di eventuali servizi sanitari erogati a distanza (telemedicina);	
3.2.2 AU Garanzia Attività	☐ che l'attività amministrativa sia garantita per almeno 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) e quella sanitaria su 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) per le cure domiciliari di base e di 1° livello e per 7 giorni settimanali per le cure domiciliari integrate di 2° e 3° livello	
3.2.3 AU - Regolamento Interno	☐ che venga predisposto un Regolamento interno in cui siano definite: le funzioni e le responsabilità di tutte le figure professionali in relazione alla tipologia di attività svolta, le modalità di espletamento del servizio, l'equipaggiamento	

	del personale di assistenza, compreso l'abito professionale, i sistemi di comunicazione; ☐ che venga definito un organigramma / funzionigramma	
3.2.4 AU - Gestione del Rischio Clinico (RC)	☐ che venga effettuata la valutazione del rischio clinico, in relazione alla tipologia e al livello dell'attività svolta e, in base alla valutazione, vengano stabilite le azioni di mitigazione del rischio, le relative procedure e il monitoraggio; che la valutazione dei rischi includa le infezioni correlate all'Assistenza; ☐ che tutto il personale venga formato sul rischio clinico; ☐ che sia elaborato un piano per la gestione del rischio clinico, orientato alla sicurezza degli operatori e delle persone assistite, che comprenda anche la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e definisca ruoli, responsabilità, monitoraggio, verifiche e formazione dedicata;	
3.2.5 AU - Procedure scritte sul percorso di cura	☐ che, in funzione delle tipologie di cure domiciliari, siano definite procedure scritte in merito a: ☐ modalità e strumenti di gestione della valutazione del bisogno attraverso strumenti validati, ☐ definizione del Piano di assistenza individuale semplificato per le cure domiciliari di base), ☐ criteri e modalità di erogazione delle prestazioni e di comunicazione interna, ☐ modalità e strumenti del passaggio di consegne, ☐ criteri di chiusura della presa in carico e di valutazione della persona assistita al momento della dimissione;	
3.2.6 AU - Documentazione sanitaria	☐ che per ogni persona assistita sia utilizzato un fascicolo sanitario domiciliare, possibilmente informatizzato (semplificato per le cure domiciliari di base) e periodicamente aggiornato, contenente i dati relativi alla persona assistita e all'attività, tra cui almeno: - i dati anagrafici, - il caregiver, - la data di inizio delle cure domiciliari, - gli operatori di riferimento, - la diagnosi, - gli eventuali elementi di rischio sanitario ed assistenziale (es. allergia, caduta), - il consenso informato, - gli strumenti di valutazione utilizzati, - il piano di trattamento (in relazione all'attività svolta) completo di eventuali aggiornamenti, - le prestazioni erogate, - l'eventuale necessità di ausili e/o presidi, - le verifiche, - i risultati raggiunti, - la data e la motivazione della chiusura del piano assistenziale; che per tutte le tipologie assistenziali, presso il domicilio della persona assistita, sia disponibile il diario assistenziale contenente, per ogni accesso: data e ora, operatore/i, prestazioni svolte, firma dell'operatore. Può essere prevista anche la firma del paziente o del caregiver.	

3.2.7 AU - Modalità di trattamento dei dati e privacy	☐ che tutti i documenti e/o i dati relativi alle persone assistite siano custoditi nel rispetto della vigente normativa sul trattamento dei dati sensibili, prevedendo modalità di accesso solo al personale abilitato e protezione da accessi non autorizzati; ☐ che il sistema di archiviazione della documentazione sanitaria consenta un rapido accesso ai dati da parte degli operatori coinvolti nel processo di cura.	
3.2.8 AU - Gestione di farmacia/presidi medico-chirurgici prodotti/prodotti nutrizionali	☐ che vengano definite le modalità di controllo e le relative registrazioni di giacenze, integrità, scadenza di farmaci, presidi medico-chirurgici e prodotti nutrizionali, ai sensi della normativa vigente; ☐ che la documentazione relativa alle verifiche sia disponibile e correttamente conservata; ☐ che i presidi e i dispositivi soddisfino le caratteristiche di corretta conservazione, sanificazione e manutenzione, facile trasportabilità e sicurezza nel trasporto e che siano contrassegnati con marchio CE qualora previsto;	
3.2.9 AU - Procedure specifiche	☐ che siano disposte procedure: - per garantire la sicurezza, la conservazione e il trasporto dei materiali biologici; - per la sanificazione, la disinfezione e la sterilizzazione di strumenti, materiali e mezzi di trasporto (in cui sia descritto anche il monitoraggio delle stesse su apposito registro); - per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza; - per la somministrazione a domicilio di farmaci; - per la somministrazione della terapia trasfusionale secondo quanto previsto dalla normativa specifica vigente e in cui sia fatto riferimento alla tracciabilità del prodotto; - per la gestione delle emergenze-urgenze, - per la gestione degli accessi vascolari; - per il corretto smaltimento dei rifiuti, ivi compresi quelli speciali, in conformità alla normativa vigente; - altre procedure specifiche relative all'attività svolta (ad es. prevenzione e gestione delle lesioni cutanee da compressione, gestione dei cateterismi, gestione degli accessi vascolari, gestione della ventilazione meccanica invasiva o non invasiva e dell'ossigenoterapia, prevenzione delle cadute, valutazione del dolore etc.); - che le procedure siano aggiornate con una periodicità almeno triennale; - che le procedure siano diffuse agli operatori;	
3.2.10 U - Integrazione professionale	☐ che gli operatori integrino i propri interventi ed effettuino il trasferimento reciproco delle informazioni, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi del Piano di assistenza individuale, alimentando il fascicolo di cui al punto 3.2.6; ☐ che siano definiti ed applicati strumenti per il passaggio delle consegne;	
3.2.11 AU - Valorizzazione e sostegno alla famiglia	☐ che tra gli obiettivi della presa in carico assistenziale, venga dato rilievo alla valorizzazione e al sostegno del ruolo della famiglia, garantendo l'attività educazionale, di formazione e addestramento, necessaria ai familiari/caregiver per la gestione della persona assistita a domicilio, formalizzata nel diario assistenziale (mediante firma del caregiver);	

3.2.12 AU - Valorizzazione della partecipazione della persona assistita	☐ che venga garantita la partecipazione della persona assistita nel processo di cura (empowerment) attraverso momenti formalizzati nel piano assistenziale individuale e registrati nel diario assistenziale;	
3.2.13 U - Materiale informativo	☐ che venga redatta e periodicamente aggiornata una Carta dei Servizi, conforme alla normativa vigente, contenente informazioni relative almeno a: prestazioni erogate, modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari, target di popolazione assistita, orari, tariffe praticate, contratti, modalità di presentare eventuali reclami. ☐ che la Carta dei Servizi sia facilmente accessibile per l'utenza;	
3.2.14 AU - Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	☐ che vengano definiti strumenti per la raccolta dei reclami, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento;	
3.2.15 AU - Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	☐ che venga definito di un documento con criteri e modalità per la valutazione della qualità dei servizi erogati; ☐ che venga favorita la partecipazione del personale allo svolgimento di attività di valutazione (audit); ☐ che vengano adottate modalità di valutazione della soddisfazione da parte dell'utente.	

ALLEGATO 3

REQUISITI Dl ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI

SCHEDE DI AUTOCERTIFICAZIONE A CURA DELLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE RICHIEDENTI IL RILASCIO/RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione dei servizi, al fine di fornire evidenza di processi di pianificazione e verifica, coerenti con le indicazioni regionali ed efficaci nel promuovere la qualità in quanto "Fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza socio-sanitaria, una gestione dell'organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegale alla specifica attività di cura e assistenza in un'ottica di miglioramento continuo"				
REQUISITO	**L'ORGANIZZAZIONE**			**NOTE**
1.1 AC: Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	Recepisce un piano triennale generale in cui vengono definiti gli obiettivi, la pianificazione e la programmazione delle cure domiciliari che intende garantire, identificandone la tipologia ai sensi dell'articolo 22 "Cure domiciliari" del DPCM 12 gennaio2017 (ed eventuali ss.mm.ii.) di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, raccordandosi con l'Azienda sanitaria per i sistemi di relazione con i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta, i servizi di continuità delle cure, delle dimissioni protette, infermiere di famiglia e di comunità, la centrale operativa territoriale.	Si ☐	No ☐	
FASE		☐ **FASE 1** : Presenza di documentazione e pianificazione ☐ **FASE 2** : Implementazione ☐ **FASE 3** : Monitoraggio ☐ **FASE 4** : Miglioramento della qualità		
1.2 AC: Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	Svolge le proprie attività coordinandosi con le reti assistenziali previste dalla normativa regionale, secondo le modalità previste dall'Azienda sanitaria locale di riferimento, tra cui la rete delle cure palliative, la rete della terapia del dolore, la retedelle cure palliative e della terapia del dolore pediatrica.	Si ☐	No ☐	
FASE		☐ **FASE 1** : Presenza di documentazione e pianificazione ☐ **FASE 2** : Implementazione ☐ **FASE 3** : Monitoraggio ☐ **FASE 4** : Miglioramento della qualità		

1.3 AC: Definizione delle responsabilità	Definisce il proprio organigramma/funzionigramma, che identifica le attività, le responsabilità/funzioni. Elabora e adotta unregolamento del personale.	Si ☐	No ☐	
	Dispone di una pianta organica in cui sono riportati i nominativi del personale in servizio, la tipologia di rapporto di lavoro, la qualìfica e le competenze specifiche secondo quanto previsto dal modello regionale.	Si ☐	No ☐	
	Definisce le modalità di rivalutazione periodica del sistema organizzativo secondo quanto stabilito a livello regionale.	Si ☐	No ☐	
	Elabora e adotta un regolamento del personale.	Si ☐	No ☐	
FASE		☐ **FASE 1** : Presenza di documentazione e pianificazione ☐ **FASE 2** : Implementazione ☐ **FASE 3** : Monitoraggio ☐ **FASE 4** : Miglioramento della qualità		

1.4 AC: Presa in carico	Recepisce strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari e i risultati conseguiti	Si ☐	No ☐	
	Verifica che il Piano di Assistenza Individuale sia redatto dall'apposita unità di valutazione multidimensionale ai sensi dell'art.21 del DPCM 12 gennaio 2017 (ed eventuali ss.mm.ii.)	Si ☐	No ☐	
	Verifica che il Piano di Assistenza Individuale sia puntualmente aggiornato dall'equipe di cura in relazione alla modifica deibisogni	Si ☐	No ☐	
	Garantisce che il Piano di Assistenza Individuale contenga: - la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali; - l'identificazione degli obiettivi di salute; o la pianificazione delle attività; - la definizione delle attività e delle prestazioni da erogare; - le figure professionali coinvolte e il referente del caso; - il caregiver della persona assistita; - gli aggiornamenti effettuati sulla base della rivalutazione periodica dei bisogni.	Si ☐	No ☐	
FASE	☐ **FASE 1** : Presenza di documentazione e pianificazione ☐ **FASE 2** : Implementazione ☐ **FASE 3** : Monitoraggio ☐ **FASE 4** : Miglioramento della qualità			

1.5 AC: Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)	Predispone ed implementa, coerentemente con quanto previsto dall'articolo 22 del DPCM 12 Gennaio 2017 (ed eventualiss.mm.ii.) in merito ai livelli di intensità assistenziale, il fascicolo sanitario domiciliare informatizzato, integrato secondo standard di interoperabilità con il fascicolo sanitario elettronico e periodicamente aggiornato, che comprenda, oltre a quanto previsto dai requisiti autorizzativi organizzativi: - il PAI con tutti gli elementi descritti al punto 1.4; - le conclusioni del colloquio di presa in carico; - elementi di rischio specifici del paziente; - le attività e le prestazioni erogate; - le rivalutazioni periodiche ed i relativi esiti; - la data e le motivazioni della chiusura del PAI; - il documento di dimissione.	Si ☐	No ☐	
	Garantisce la compilazione e la disponibilità presso il domicilio della persona assistita del diario assistenziale che deve contenere in conformità con i requisiti organizzativi, la parte della valutazione, della pianificazione, i tempi di durata del PAI ele modalità di verifica, le modalità di dimissione, la tracciabilità degli operatori che hanno effettuato valutazioni e prestazioni.	Si ☐	No ☐	
	Assicura la corretta compilazione del fascicolo sanitario domiciliare e del diario assistenziale che devono contenere tutti glielementi previsti anche per assolvere al debito informativo regionale e nazionale.	Si ☐	No ☐	
	Assicura la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle attività e prestazioni erogate.	Si ☐	No ☐	
	Attua le procedure regionali indicate per implementare il sistema informativo per il monitoraggio delle cure domiciliari (SIAD-NSIS) laddove previsto	Si ☐	No ☐	
	Garantisce la tempestiva consegna della copia della documentazione sanitaria alla persona assistita o a chi ne ha diritto nei tempi definiti dalle indicazioni nazionali e regionali.	Si ☐	No ☐	
FASE	☐ **FASE 1** : Presenza di documentazione e pianificazione ☐ **FASE 2** : Implementazione ☐ **FASE 3** : Monitoraggio ☐ **FASE 4** : Miglioramento della qualità			

1.6 AC: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	Elabora un piano annuale per il miglioramento della qualità dei servizi in cui vengono descritti gli obiettivi, le attività previste,gli indicatori per il monitoraggio tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali ed aziendali.	Si ☐	No ☐	
	Il piano per il miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse anche dall'analisi dei reclami e dei disservizi.	Si ☐	No ☐	
	Relaziona alla ASL di competenza annualmente in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi.	Si ☐	No ☐	
FASE		☐ **FASE 1** : Presenza di documentazione e pianificazione ☐ **FASE 2** : Implementazione ☐ **FASE 3** : Monitoraggio ☐ **FASE 4** : Miglioramento della qualità		

3.3 REQUISITI DEL PERSONALE E STANDARD DI FORMAZIONE CONTINUA

L'efficacia e la sostenibilità delle Cure Domiciliari Integrate (ADI) sul territorio abruzzese dipendono in maniera imprescindibile dal livello di qualificazione, dalla composizione multidisciplinare e dall'aggiornamento costante dell'équipe assistenziale (Regione Abruzzo, 2024). Il Manuale di Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale della Regione Abruzzo recepisce le direttive del DM 77/2022 e dell'Intesa Stato-Regioni Rep. n. 151/CSR del 4 agosto 2021, definendo criteri stringenti sia per la dotazione organica minima, sia per i percorsi obbligatori di Formazione Continua in Medicina (ECM) e di addestramento sul campo (Regione Abruzzo, 2024). Ai sensi della DGR n. 272/2024, le organizzazioni pubbliche e private accreditate per l'erogazione dei servizi ADI devono garantire una copertura organica proporzionata al livello assistenziale offerto (Cure di Base, ADI I, II e III livello) e al bacino d'utenza assegnato (Regione Abruzzo, 2024).I requisiti del personale impongono la presenza formale di (Regione Abruzzo, 2024):

- Direttore Sanitario o Responsabile Medico: Figura garante dell'appropriatezza clinica, del governo del rischio (Clinical Governance) e del raccordo operativo con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) (Regione Abruzzo, 2024).
- Infermieri e Infermieri di Famiglia e Comunità: Coordinatori della gestione quotidiana dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI), responsabili delle manovre invasive, del monitoraggio e del case management (Ministero della Salute, 2022; Regione Abruzzo, 2024).
- Operatori Socio-Sanitari (OSS): Incaricati delle attività di assistenza di base, supporto all'igiene e mobilitazione del paziente, integrati funzionalmente nell'équipe (Ente Nazionale Italiano Formazione Sanitaria, 2023; Regione Abruzzo, 2024).
- Professionisti della Riabilitazione e Specialistica: Fisioterapisti, logopedisti, psicologi e dietisti per il recupero funzionale e il supporto psico-relazionale dei soggetti fragili (Regione Abruzzo, 2024).

Ogni erogatore ha l'obbligo di istituire e mantenere aggiornato un Fascicolo Personale per ciascun operatore, contenente i titoli abilitanti, le certificazioni per il rianimamento cardiopolmonare

(BLSD/PBLSD) e le attestazioni del Medico Competente in merito all'idoneità alla mansione specifica (Regione Abruzzo, 2024). Il Manuale stabilisce un legame diretto e vincolante tra l'obbligo di aggiornamento professionale continuo e la garanzia degli standard di elevata assistenza erogata al domicilio (Regione Abruzzo, 2024). La formazione non rappresenta soltanto un adempimento formale per il mantenimento dei crediti ECM sanciti dalla normativa nazionale (Accordo Stato-Regioni, 2017), ma costituisce un requisito strutturale di accreditamento istituzionale, sottoposto a verifica periodica da parte del Gruppo di Visita G.E.R.A. e dell'O.T.A. (Regione Abruzzo, 2024). La logica sottesa al sistema di accreditamento regionale prevede che le competenze tecniche e relazionali del personale debbano essere costantemente adeguate all'evoluzione scientifica e tecnologica (Regione Abruzzo, 2024). In un setting assistenziale privo della protezione strutturale dell'ospedale come quello domestico, l'elevata qualità dell'assistenza è determinata dalla capacità dell'operatore di operare in autonomia, prevenire le complicanze clinicamente evitabili e padroneggiare strumenti digitali avanzati (DPCM 12 gennaio 2017; Regione Abruzzo, 2024).Le aree tematiche di formazione obbligatoria identificate dalla regolamentazione regionale e dalle prassi cliniche del territorio abruzzese comprendono:

- Gestione e Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): Addestramento sulle tecniche asettiche per la gestione di cateteri venosi centrali (PICC/CVC), cateteri vescicali e lesioni da pressione (Regione Abruzzo, 2024).
- Telemedicina e Sanità Digitale: Formazione sull'uso delle piattaforme regionali e aziendali di e-Health per la refertazione remota, il monitoraggio dei parametri vitali e la compilazione della Cartella Clinica Domiciliare Informatizzata (ASL 1 Abruzzo, 2025; Ordine Professioni Infermieristiche L'Aquila, 2026).
- Cure Palliative e Medicina Narrativa: Sviluppo di competenze nell'impiego della terapia del dolore, nel supporto al lutto e nella comunicazione empatica con la famiglia (Horizon Service, 2023; Regione Abruzzo, 2024).

Per comprendere la messa in pratica di tali requisiti sul territorio abruzzese, vorrei prentare la mia specifica situazione. Io sono un' infermiera domiciliare che lavora in ADI. Nell' ultimo anno con l'avvento della gara regionale lavoro presso la cooperativa Croce Gialla Home la quale punta tutto il suo successo sul capitale umano ed è molto attenta alla nostra formazione con il fine di erogare poi un a assistenza domiciliare ottima e di qualità. Di seguito vi riporto il programma formativo annuale previsto per noi infermieri dall'anno 2024 al 2026. L'esperienza professionale maturata all'interno della Cooperativa Croce Gialla nell'ambito del Raggruppamento Temporaneo di Imprese che vede il Consorzio Matrix come ente formatore accreditato in convenzione con l'ente AnBeCa offre uno spaccato significativo di come i modelli teorici previsti dalle riforme nazionali si traducano in prassi operative nel territorio della provincia di Chieti. A seguito dell'avvio della gara regionale sul territorio teatino nel maggio 2025, la Croce Gialla ha strutturato un piano formativo e organizzativo articolato per gli anni 2024-2026, volto a rispondere sia agli obblighi normativi sia ai mutevoli bisogni assistenziali dei pazienti presi in carico a domicilio. Tale piano si è sviluppato lungo tre direttrici principali, rappresentate dalla formazione in ingresso, dalla formazione obbligatoria in materia di sicurezza e tutela dei dati, e dalla formazione continua finalizzata allo sviluppo delle competenze clinico-assistenziali.

La fase di formazione in ingresso e tutoraggio è stata concepita come un momento cruciale di integrazione organizzativa e di standardizzazione dei processi di cura. Diretta agli operatori neoassunti, questa fase non si limita a un semplice addestramento tecnico, ma rappresenta un percorso di affiancamento con personale esperto con una durata modulabile, da un minimo di trenta ore fino al raggiungimento della completa autonomia operativa. Nel contesto delle cure domiciliari a Chieti, il tutoraggio ha svolto un ruolo essenziale nella gestione dei casi ad alta complessità e criticità, garantendo al contempo la continuità assistenziale e la sicurezza del paziente nel proprio ambiente domestico. Parallelamente, la formazione obbligatoria è stata programmata per assicurare la piena conformità alle normative vigenti in materia di sicurezza sul lavoro e di protezione dei dati personali. Nello specifico, i percorsi sulla sicurezza sono stati differenziati in

base al ruolo organizzativo, prevedendo per i Coordinatori di Servizio moduli dedicati alla formazione generale, specifica e alla figura del preposto, mentre per l'équipe operativa e di coordinamento il focus si è concentrato sulle componenti generali e specifiche del rischio professionale. Sul fronte della privacy e del Regolamento Europeo 2016/679, l'intero personale operativo è stato coinvolto in un percorso formativo mirato a sviscerare l'inquadramento normativo, la tutela dei diritti dell'interessato, i compiti dell'organigramma aziendale, gli adempimenti operativi e l'apparato sanzionatorio.

La dimensione della formazione continua con crediti ECM costituisce il cuore dell'aggiornamento professionale di medici, infermieri, fisioterapisti, logopedisti, psicologi e operatori socio-sanitari. All'avvio delle attività a Chieti nel maggio 2025, la Croce Gialla ha inaugurato la programmazione con un evento d'aula di rilevante impatto strategico, incentrato sulla riforma della sanità territoriale tracciata dal Decreto Ministeriale 77 del 2022 e dal PNRR nella Regione Abruzzo. Il corso ha affrontato tematiche di primario interesse come i nuovi standard per la presa in carico del paziente cronico e complesso, il ruolo del Medico di Medicina Generale, le potenzialità della sanità digitale e della riabilitazione domiciliare, l'esercizio del case management infermieristico e le implicazioni di responsabilità professionale. Un'attenzione particolare è stata inoltre dedicata all'integrazione con la rete dell'emergenza-urgenza, comprendente la Centrale Operativa 118 e il Numero Unico 112 della Regione Abruzzo, unitamente alla gestione delle malattie rare e delle emergenze tra le mura domestiche.

Guardando alla programmazione per l'anno 2026, l'offerta formativa in presenza è stata strutturata attraverso corsi specialistici mirati per i diversi profili professionali. Nello specifico, per i coordinatori infermieri e fisioterapisti è stato previsto un modulo dedicato al rischio clinico, mentre la totalità dell'équipe assistenziale viene coinvolta nell'addestramento continuo sulle manovre di BLS-D per la gestione delle emergenze a domicilio. Gli infermieri approfondiscono la prevenzione e il trattamento delle lesioni vascolari e da pressione, mentre i fisioterapisti seguono percorsi di perfezionamento sul Metodo Perfetti relativi sia alla riabilitazione neuro-cognitiva che al

trattamento dell'arto inferiore del paziente ortopedico. Inoltre, per infermieri e fisioterapisti è stato previsto un percorso sulle strategie e gli strumenti di promozione della salute a scuola e nei servizi educativi per l'infanzia.

Proprio in merito a quest'ultimo punto, merita menzione un'importante scelta di riprogrammazione organizzativa operata dalla struttura, la quale ha deciso di dare priorità al corso sulla promozione della salute nelle scuole rispetto ai moduli inizialmente previsti per il secondo anno riguardanti la gestione infermieristica del paziente pediatrico e del bambino medicalmente complesso. Tale scelta è stata dettata dall'analisi del bacino d'utenza di Chieti, caratterizzato da un numero limitato di pazienti pediatrici presi in carico a fronte di una crescente attivazione di interventi assistenziali e sociosanitari negli istituti scolastici. In attesa della definizione di un evento accreditato specifico per i fisioterapisti, è stato inoltre temporaneamente inserito un argomento già previsto nella programmazione.

L'implementazione dell'intero piano ha richiesto un costante lavoro di coordinamento da parte dell'Ufficio Formazione aziendale, il quale, a partire da settembre 2025, ha curato la gestione degli eventi sul territorio e la verifica della regolarità di ogni dipendente. Tra le attività svolte rientrano il controllo della frequenza ai corsi sulla sicurezza, l'accertamento dell'idoneità alla mansione, l'organizzazione delle visite mediche e dei prelievi ematici con personale interno presso le sedi di Treglio e Vasto, la predisposizione documentale per i Bandi Welfare e regionali, e la redazione delle procedure per i Servizi Sociali del Comune di Vasto. L'ufficio prosegue tuttora nel monitoraggio dei crediti ECM e nell'aggiornamento della documentazione richiesta dalla ASL. In conclusione, l'esperienza con la Croce Gialla nel territorio di Chieti evidenzia come la formazione rappresenti un dispositivo organizzativo dinamico, capace di coniugare i modelli nazionali del DM 77/2022 con i reali bisogni del territorio, garantendo la qualità dell'assistenza e la sicurezza di pazienti e operatori. A conferma dell'importanza dell'integrazione tra gli standard regionali, la formazione del personale e la qualità delle cure, l'esperienza operativa attuata dalla Cooperativa Croce Gialla nell'ambito delle Cure Domiciliari in Abruzzo per il triennio 2024-2026 evidenzia

una chiara rispondenza pratica a tali principi. Con l'avvio progressivo delle gare regionali nei territori di Pescara, Chieti e Teramo, l'organizzazione ha strutturato un percorso di pianificazione e aggiornamento continuo mirato ad allineare le competenze di medici, infermieri, fisioterapisti, logopedisti, psicologi e operatori socio-sanitari ai nuovi standard stabiliti dal DM 77/2022 e dal PNRR. Fin dai primi mesi di operatività si è data priorità alla sicurezza sui luoghi di lavoro, al tutoraggio in ingresso e all'adozione di procedure tecniche avanzate, spingendosi poi verso l'approfondimento della presa in carico del paziente complesso, della gestione delle emergenze domiciliari, delle problematiche legate al wound care e dell'utilizzo delle nuove piattaforme della sanità digitale.

La programmazione ha saputo adeguarne e riadattare i contenuti in base alle reali esigenze del territorio, dando precedenza alla promozione della salute negli contesti scolastici ed educativi e prevendendo l'introduzione di corsi specifici sul rischio clinico per i coordinatori, sul BLSD, sulla prevenzione delle lesioni vascolari e su metodologie riabilitative avanzate come il Metodo Perfetti. In parallelo, l'intensa attività gestionale dell'Ufficio Formazione si è articolata nel monitoraggio dell'idoneità sanitaria e della sorveglianza medica del personale, nella gestione della regolamentazione sui crediti ECM, nella preparazione della documentazione per i bandi di settore e nella stesura di apposite procedure operative per gli enti locali. L'intero processo sottolinea come la formazione non sia un elemento isolato, bensì la leva fondamentale per garantire l'efficacia dell'assistenza, la sicurezza del paziente e la continuità operativa in un modello assistenziale territoriale in costante evoluzione. Qui di seguito allego il piano guida formativo e la relazione dell’attività formativa 2024-2026 redatta dalla Croce gialla.

PREMESSA :

" Le società che costituiscono il RTI proponenti hanno sviluppato notevoli capacità di analisi delle caratteristiche professionali e del fabbisogno formativo dei propri operatori, in particolare:

Il CONSORZIO MATRIX è accreditato quale Ente di Formazione presso la Regione Campania, inoltre, si avvale di una convenzione con la scuola di formazione AnBeCa, Ente accreditato presso la Regione Abruzzo quale scuola di formazione professionale. "

Considerando che la gara regionale è partita sul territorio di Pescara nel corso del 2024 e sul territorio di Chieti e Teramo solo a partire dal mese di maggio 2025, nel rispetto del piano formativo previsto per il I, II, III e IV anno, tenendo conto delle esigenze formative del personale in servizio e dei bisogni dei pazienti presi in carico dalla Cooperativa Croce Gialla, si è provveduto alla pianificazione e realizzazione delle attività di seguito descritte

Attività formative svolte :

La attività formative finora svolte e il piano di formazione che si intende promuovere è articolato nel seguente modo :

- FORMAZIONE IN INGRESSO (TUTORAGGIO), diretta agli operatori neo-assunti;
- FORMAZIONE OBBLIGATORIA su tematiche relative alla sicurezza e alla tutela della privacy,secondo quanto previsto rispettivamente dal
  D. Lgs. 81/2008 e dal Regolamento Europeo UE/679/2016 e s.m.i.;
- FORMAZIONE CONTINUA, diretta a tutti gli operatori sanitari e sociosanitari volta a garantire l'aggiornamento,ampliare e migliorare le competenze e la sicurezza professionale.

Formazione in ingresso :

La **formazione in ingresso** nel settore sanitario è un processo fondamentale e avrà la finalità di far conoscere agli operatori neoassunti i temi dell'assistenza, soprattutto dal punto di vista operativo, organizzativo e la comprensione della cultura aziendale, e coincide essenzialmente con un periodo di monitoraggio per permettere ai responsabili di valutare le competenze acquisite mediante l'affiancamento con personale esperto. L'affiancamento rappresenta una delle migliori strategie per facilitare il processo di apprendimento delle attività lavorative, poiché consente un addestramento specifico sulle realtà dei singoli operatori, volto a verificare le loro capacità applicative e comportamentali, ad attuare le opportune correzioni e fornire soluzioni pratiche a specifiche problematiche. Il RTI garantirà il tutoraggio degli operatori per la gestione dei casi critici complessi, del Servizio di Cure Domiciliari, al fine di garantire oltre la continuità degli interventi anche l'assistenza domiciliare in sicurezza del paziente. La durata della formazione in ingresso sarà stabilita caso per caso da un minimo di n. 30 ore e fino alla valutazione di poter lavorare in autonomia. Sarà analizzato l'esito sia del periodo di affiancamento sia del periodo di tutoraggio.

Formazione obbligatoria :

La **formazione obbligatoria**, a vantaggio di tutti gli operatori che verranno coinvolti nell'assistenza domiciliare, sarà articolata nel modo seguente:

Titolo del corso	Moduli del corso	Destinatari
Sicurezza	**- Formazione Generale; - Formazione Specifica; - Formazione Preposto.**	**Coordinatori di Servizio**
Sicurezza	**- Formazione Generale; - Formazione Specifica.**	**Equipe Operativa**
Tutela della Privacy	**- Inquadramento normativo del Regolamento Europeo; -Tutela e diritti**	**Coordinatori di Servizio, Equipe**

	dell'interessato; - Organigramma e sistema organizzativo; - Adempimenti e obblighi; - Apparato sanzionatorio, responsabilità e risarcimento danni.	**Operativa**

Formazione continua :

Lo scopo principale della formazione continua è quello di riqualificare gli operatori con corsi di formazione " dedicati", affrontando le materie ed i contenuti tecnici di interesse, incrementando le competenze e garantire l'aggiornamento costante delle competenze cliniche e tecniche.
La formazione del personale è prodotta direttamente dall'organizzazione oppure acquisita con ricorso ad altri Enti.
Di seguito dettaglio dell'offerta formativa distinta per anno, con indicazione dei destinatari.

Attività formative anno 2024 - Pescara

Nel corso dell'anno 2024 sono stati avviati i primi percorsi formativi coerenti con la programmazione regionale e con l'organizzazione dei servizi attivati sul territorio.

DESTINATARI: Medico Specialista, Infermieri, Fisioterapisti, Psicomotricista, Tecnico della Neurofisiopatologia e OSS

Titolo del corso	Tipologia del corso	Destinatari	Anno
La riabilitazione neurocognitiva secondo il Metodo Perfetti e procedure fisioterapiche	Lezioni Frontali	Fisioterapisti	2024
Linee guida alla compilazione modulo relazioni personale sanitario	Lezioni Frontali	Medici, Infermieri,Fisioterapisti OSS	2024
BLS-D gestione delle emergenze a domicilio.	Lezioni Frontali	Medici, Infermieri,Fisioterapisti OSS	2024
Gestione accessi	Lezioni Frontali	Infermieri	2024

venosi periferici e centrali			
Medicazioni avanzate e pressione negativa	Lezioni Frontali	Infermieri	2024
Linee guida alla compilazione modulo relazioni personale sanitario	Lezioni Frontali	Infermieri,Fisioterapisti OSS	2024

Attività formative anno 2025

In occasione della partenza del servizio sul territorio di Chieti e Teramo, avvenuta nel mese di Maggio 2025, è stato realizzato il corso formativo frontale previsto per il primo anno, dal titolo :

"La riforma della sanità territoriale: la presa in carico e la gestione sul territorio del paziente complesso (DM 77/2022 – Il futuro delle Cure Domiciliari in libera scelta)"

Argomenti trattati	*Destinatari*
• Aspetti giuridici della Riforma DM 77/2022 e PNRR – Regione Abruzzo • Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo • dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (DM 77/2022) • Il ruolo del Medico di Medicina Generale alla luce del DM 77 • Nuove modalità di presa in carico dei pazienti cronici • PNRR, sanità digitale ed empowerment del paziente • Le nuove frontiere della riabilitazione domiciliare • Case management infermieristico nelle cure domiciliari • Responsabilità professionale sanitaria nei contesti di cura domiciliare • Malattie rare e gestione territoriale	Medici, Infermieri , Fisioterapisti, Logopedisti, Psicologi, OSS

• Centrale Operativa 118 • Numero Unico 112 – Regione Abruzzo • Gestione delle emergenze a domicilio	

Altresì sono stati effettuati corsi che siano il più corrispondenti alle esigenze del territorio, nella scelta di argomenti e contenuti inerenti le cure domiciliari.

Obiettivi formativi programmati - anno 2026

Titoli del corso	Tipologia del corso	Destinatari	Anno
Il rischio clinico per le figure di coordinamento	Lezioni Frontali	Infermieri, Fisioterapisti	2026
BLS-D gestione delle emergenze a domicilio.	Lezioni Frontali	Medici, Infermieri,Fisioterapisti OSS	2026
Le lesioni vascolari e da pressione: cause, prevenzione e trattamento	Lezioni Frontali	Infermieri	
La riabilitazione neuro-cognitiva secondo il Metodo Perfetti	Lezioni Frontali	Fisioterapisti	2026
Il trattamento riabilitativo dell'arto inferiore del paziente ortopedico con il Metodo Perfetti	Lezioni Frontali	Fisioterapisti	2026
La promozione della salute a scuola e nei servizi educativi per l'infanzia: strategie,	Lezioni Frontali	Infermieri, Fisioterapisti	2026

competenze e strumenti.			

Nota organizzativa

È stata data priorità al corso "La promozione della salute a scuola e nei servizi educativi per l'infanzia" rispetto ai corsi previsti dal secondo anno :

- Gestione infermieristica del paziente pediatrico
- Il bambino medicalmente complesso a domicilio

Tale scelta è stata effettuata in considerazione del numero limitato di pazienti pediatrici presi in carico, rispetto alla crescente attivazione di interventi di assistenza sociosanitaria in ambito scolastico.
In attesa della definizione di un evento formativo accreditato specifico per i fisioterapisti, è stato temporaneamente inserito un argomento già previsto nella programmazione.

Nota attività dell'Ufficio Formazione

A partire dal mese di Settembre 2025 , l'Ufficio Formazione ha provveduto a :

- Organizzare l'evento formativo accreditato "La riforma della sanità territoriale" presso Hotel Villa Medici;
- Verificare per ogni dipendente:
  - o idoneità alla mansione specifica;
  - o programmazione delle visite con il Medico Competente presso le sedi di Pescara, Treglio e il laboratorio analisi di Vasto;
  - o organizzazione dei prelievi ematici con personale infermieristico interno;
- Controllare e verificare la frequenza obbligatoria del corso sulla Sicurezza del lavoratore;
- Predisporre la documentazione necessaria per:
  - o partecipazione al Bando Welfare;
  - o partecipazione al Bando Regionale per le figure interne;
- Provvedere all'inserimento del personale in organico, compreso il personale del servizio Ambulanze e Trasporti, con caricamento delle relative idoneità sanitarie come allegati;
- Redigere le procedure per i Servizi Sociali del Comune di Vasto e curarne la relativa attività di formazione e informazione.

Attività attualmente in lavorazione :

- Invio comunicazioni a tutto il personale per la rilevazione della posizione individuale rispetto all'obbligo dei Crediti ECM;
- Predisposizione e aggiornamento di tutta la documentazione del personale in forza, richiesta dalla ASL competente.

Conclusioni :

Le attività formative e organizzative descritte sono state pianificate e realizzate in accordo con I responsabili dell'ufficio formazione, con condivisione dei Direttori e nel rispetto delle disposizioni normative vigenti, degli standard regionali e delle reali esigenze operative dei servizi attivati, con l'obiettivo di garantire :

- qualità dell'assistenza
- sicurezza dei pazienti e degli operatori
- aggiornamento professionale continuo del personale;
- coerenza con i modelli organizzativi introdotti dal DM 77/2022.

La programmazione futura intende proseguire nel medesimo percorso di integrazione tra formazione, organizzazione e bisogni assistenziali del territorio.

RELAZIONE PROFESSIONALE Attività formative e organizzative – Anni 2024–2026

PREMESSA

Considerando che la gara regionale è partita sul territorio di Pescara nel corso del 2024 e sul territorio di Chieti e Teramo solo a partire dal mese di maggio 2025, nel rispetto del piano formativo previsto per il I, II, III e IV anno, tenendo conto delle esigenze formative del personale in servizio e dei bisogni dei pazienti presi in carico dalla Cooperativa Croce Gialla, si è provveduto alla pianificazione e realizzazione delle attività di seguito descritte.

ATTIVITÀ FORMATIVE SVOLTE:

- Formazione in ingresso (TUTORAGGIO) per i dipendenti neo-assunti
- Formazione obbligatoria: Corso sulla sicurezza del lavoratore (D.Lgs.81/2008-UE/679/2016)
- Formazione continua. (formazione dedicata a materie e contenuti tecnici e di interesse ampliando le competenze di tutte le figure sanitarie e socio-sanitarie).

Anno 2024 PESCARA

Nel corso dell'anno 2024 sono stati avviati i primi percorsi formativi coerenti con la programmazione regionale e con l'organizzazione dei servizi attivati sul territorio.

-CORSI INTERNI:

-Procedure fisioterapia

-Linee guida alla compilazione modulo relazioni personale sanitario

-Medicazioni avanzate e pressione negativa

-Procedure Aziendali, Pianificazione.

-Gestione accessi venosi periferici e centrali

Anno 2025

In occasione della partenza del servizio sul territorio di Chieti e Teramo, avvenuta nel mese di Maggio 2025, è stato realizzato il corso formativo previsto per il primo anno, dal titolo:

"La riforma della sanità territoriale: la presa in carico e la gestione sul territorio del paziente complesso (DM 77/2022 – Il futuro delle Cure Domiciliari in libera scelta)"

Argomenti trattati:

- Aspetti giuridici della Riforma DM 77/2022 e PNRR – Regione Abruzzo
- Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (DM 77/2022)
- Il ruolo del Medico di Medicina Generale alla luce del DM 77
- Nuove modalità di presa in carico dei pazienti cronici
- PNRR, sanità digitale ed empowerment del paziente
- Le nuove frontiere della riabilitazione domiciliare
- Case management infermieristico nelle cure domiciliari
- Responsabilità professionale sanitaria nei contesti di cura domiciliare
- Malattie rare e gestione territoriale
- Centrale Operativa 118

- Numero Unico 112 – Regione Abruzzo
- Gestione delle emergenze a domicilio

CORSI INTERNI:

-Riorganizzazione ambito fisioterapico

-Procedure Operative di base

-SMART LEA

-Piattaforma e rete della Sanità

-Wound Care DESTINATARI

DEI CORSI:

Medici Infermieri

Fisioterapisti

Logopedisti OSS

Psicologi.

L'obiettivo è garantire corsi che siano il più corrispondenti alle esigenze del territorio, nella scelta di argomenti e contenuti inerenti le cure domiciliari.

OBIETTIVI FORMATIVI PROGRAMMATI – ANNO 2026

Per l'anno 2026 sono stati individuati i seguenti obiettivi formativi:

- Il rischio clinico per le figure di coordinamento
- BLSD

- Le lesioni vascolari e da pressione: cause, prevenzione e trattamento
- La riabilitazione neuro-cognitiva secondo il Metodo Perfetti
- Il trattamento riabilitativo dell'arto inferiore del paziente ortopedico con il Metodo Perfetti
- La promozione della salute a scuola e nei servizi educativi per l'infanzia: strategie, competenze e strumenti.
-

Nota organizzativa

È stata data priorità al corso "La promozione della salute a scuola e nei servizi educativi per l'infanzia" rispetto ai corsi previsti dal secondo anno:

- Gestione infermieristica del paziente pediatrico
- Il bambino medicalmente complesso a domicilio

Tale scelta è stata effettuata in considerazione del numero limitato di pazienti pediatrici presi in carico, rispetto alla crescente attivazione di interventi di assistenza sociosanitaria in ambito scolastico.

In attesa della definizione di un evento formativo accreditato specifico per i fisioterapisti, è stato temporaneamente inserito un argomento già previsto nella programmazione.

ATTIVITÀ DELL'UFFICIO FORMAZIONE

A partire dal mese di settembre, l'Ufficio Formazione ha provveduto a:

- Organizzare l'evento formativo accreditato "La riforma della sanità territoriale" presso Hotel Villa Medici;
- Verificare per ogni dipendente:
    - idoneità alla mansione specifica;

- programmazione delle visite con il Medico Competente presso le sedi di Pescara, Treglio e il laboratorio analisi di Vasto;
- organizzazione dei prelievi ematici con personale infermieristico interno;

- Controllare e verificare la frequenza obbligatoria del corso sulla Sicurezza del lavoratore;
- Predisporre la documentazione necessaria per:
  - partecipazione al Bando Welfare;
  - partecipazione al Bando Regionale per le figure interne;
- Provvedere all'inserimento del personale in organico, compreso il personale del servizio Ambulanze e Trasporti, con caricamento delle relative idoneità sanitarie come allegati;
- Redigere le procedure per i Servizi Sociali del Comune di Vasto e curarne la relativa attività di formazione e informazione.

ATTIVITÀ ATTUALMENTE IN LAVORAZIONE

- Invio comunicazioni a tutto il personale per la rilevazione della posizione individuale rispetto all'obbligo dei Crediti ECM;
- Predisposizione e aggiornamento di tutta la documentazione del personale in forza, richiesta dalla ASL competente.

CONCLUSIONI

Le attività formative e organizzative descritte sono state pianificate e realizzate in accordo con I responsabili dell'ufficio formazione, con condivisione dei Direttori e nel rispetto delle disposizioni normative vigenti, degli standard regionali e delle reali esigenze operative dei servizi attivati, con l'obiettivo di garantire:

- qualità dell'assistenza;
- sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- aggiornamento professionale continuo del personale;

- coerenza con i modelli organizzativi introdotti dal DM 77/2022.

La programmazione futura intende proseguire nel medesimo percorso di integrazione tra formazione, organizzazione e bisogni assistenziali del territorio.

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE: INTEGRAZIONE TRA STANDARD REGIONALI DELL'ABRUZZO, FORMAZIONE INFERMIERISTICA ED EFFICACIA DELLE CURE

4.1 COERENZA TRA I REQUISITI DEL MANUALE DI ACCREDITAMENTO DELLA REGIONE ABRUZZO E L'EVIDENZA SCIENTIFICA INTERNAZIONALE

L'impianto regolatorio e procedurale delineato dal Manuale di Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale per le Cure Domiciliari (ADI) della Regione Abruzzo (DGR 272/2024) risponde a una duplice esigenza: garantire l'adeguamento normativo agli standard nazionali (DM 77/2022; PNRR Missione 6) e allineare la rete dell'assistenza territoriale alle principali evidenze scientifiche internazionali (OECD, 2020; World Health Organization, 2021). La letteratura scientifica globale converge nel sostenere che l'accreditamento delle strutture sanitarie non debba ridursi ad un semplice adempimento burocratico, bensì costituire una leva strategica per il miglioramento continuo della qualità, la riduzione del rischio clinico e l'umanizzazione delle cure (Donabedian, 2005; Shortell et al., 2021).

1. L'Integrazione multidisciplinare e l'integrated care

Il Manuale della Regione Abruzzo individua nell'équipe multidisciplinare (composta da medici, infermieri, fisioterapisti, OSS, psicologi e specialisti) e nella definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) i pilastri operativi dell'assistenza domiciliare (Regione Abruzzo, 2024). Riscontro scientifico internazionale: Gli studi condotti da Stijnen et al. (2022) e le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2021) dimostrano come i modelli di Integrated Care riducano del 25-30% i tassi di riospedalizzazione e l'accesso improprio al pronto soccorso, in particolare per i pazienti con multi-cronicità. L'evidenza scientifica sottolinea che la presa in carico integrata facilita la continuità terapeutica tra ospedale e territorio,

prevenendo la frammentazione dei servizi e valorizzando la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità come case manager del processo di cura (Shortell et al., 2021; Stijnen et al., 2022).

2. Il Ciclo di Deming (PDCA) e la Qualità Continuamente Valutata

   L'Allegato 3 del Manuale abruzzese modella i requisiti di accreditamento secondo la sequenza dinamica del Ciclo di Deming (Plan-Do-Check-Act), imponendo alle strutture un monitoraggio costante degli esiti e l'adozione di piani annuali di miglioramento della qualità (Regione Abruzzo, 2024).

   Riscontro scientifico internazionale: La teorizzazione fondante di Avedis Donabedian (2005) sulla qualità dei servizi sanitari individua nella triade Struttura-Processo-Esito la chiave di valutazione di qualsiasi sistema assistenziale. La letteratura sulla Clinical Governance conferma che l'implementazione del modello PDCA nei contesti di cure domiciliari assicura una drastica riduzione della variabilità clinica e un innalzamento degli standard prestazionali (Donabedian, 2005; Shortell et al., 2021). L'obbligo di tracciabilità dei dati all'interno dei sistemi informativi nazionali (SIAD-NSIS) e l'analisi dei reclami consentono un'efficace valutazione delle performance e dell'esperienza percepita dall'utente (OECD, 2020).

3. Patient Safety e Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)

Il contesto domiciliare presenta insidie peculiari per la sicurezza del paziente a causa dell'assenza dei controlli ambientali tipici delle strutture ospedaliere (Vincent & Amalberti, 2016). L'Allegato 1 del Manuale della Regione Abruzzo risponde a questa vulnerabilità imponendo protocolli scritti per il controllo delle infezioni, la corretta gestione dei presidi vascolari (PICC, CVC) e dei Cateteri Vescicali, unitamente all'assegnazione obbligatoria dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) (Regione Abruzzo, 2024).

Riscontro scientifico internazionale: Gli studi internazionali sulla sicurezza delle cure al domicilio (Vincent & Amalberti, 2016; OECD, 2020) evidenziano che la causa principale di complicanze prevenibili nel contesto ADI è riconducibile alla gestione inadeguata degli accessi vascolari e delle

lesioni da pressione. La standardizzazione delle manovre assistenziali e la formazione continua degli operatori, sollecitate dal documento abruzzese (Regione Abruzzo, 2024) riducono significativamente l'incidenza di batteriemie catetere-correlate e la diffusione di patogeni multiresistenti, con ricadute dirette sulla sopravvivenza e sulla contenzione e riduzione dei costi sanitari complessivi (Vincent & Amalberti, 2016).

4. Digitalizzazione e Telemedicina nelle Aree Interne

Il Manuale abruzzese prescrive requisiti tecnologici avanzati, costringendo i soggetti erogatori a dotarsi di software gestionali per il tracciamento della cartella clinica domiciliare e di strumentazioni idonee per l'erogazione di prestazioni in telemedicina (Regione Abruzzo, 2024).

Riscontro scientifico internazionale: La letteratura tematica relativa alle tecnologie sanitarie applicate alla cronicità (Terschüren et al., 2021; World Health Organization, 2021) dimostra che il monitoraggio da remoto e la Connected Care permettono l'intercettazione precoce dei segni di decompensamento clinico (es. nello scompenso cardiaco e nella BPCO). Nel contesto geografico abruzzese, caratterizzato da un'elevata presenza di aree interne, montane e a bassa densità abitativa, l'integrazione della telemedicina garantisce equità di accesso ai servizi sanitari ed evita trasferimenti faticosi e rischiosi per la popolazione fragile (Terschüren et al., 2021; WHO, 2021).

In sintesi, la struttura e le prescrizioni del Manuale di autorizzazione e accreditamento della Regione Abruzzo riflettono in maniera coerente i principi guida della ricerca scientifica internazionale, posizionando l'assistenza domiciliare abruzzese all'interno di un modello moderno, sicuro e orientato alla persona.

4.2 LA FORMAZIONE CONTINUA COME PONTE TRA STANDARD DI ACCREDITAMENTO, SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE E RIDUZIONE DEI RICOVERI

La gestione delle Cure Domiciliari Integrate (ADI) richiede una costante evoluzione delle competenze professionali per rispondere alla crescente complessità dei bisogni assistenziali della popolazione anziana e multi-cronica (Ministero della Salute, 2022). All'interno dell'architettura programmatoria definita dal Manuale di Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale della Regione Abruzzo (DGR 272/2024), la formazione continua del personale rappresenta l'elemento strategico "ponte" tra il rispetto degli standard normativi, il miglioramento dell'esperienza percepita dall'assistito e la contenzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati (Regione Abruzzo, 2024). I criteri di accreditamento istituzionale stabiliti dal Manuale abruzzese (in particolare nell'Allegato 3, basato sulla logica del Ciclo di Deming) impongono alle organizzazioni di documentare la pianificazione e l'erogazione di attività formative periodiche per il personale (Regione Abruzzo, 2024). L'addestramento continuo costituisce la fase Plan-Do del ciclo della qualità: pianificare moduli di aggiornamento specifici basati sull'analisi dei fabbisogni e sui dati dei reclami o degli audit clinici consente di elevare il livello prestazionale dell'intera struttura (Regione Abruzzo, 2024).L'accreditamento, pertanto, certifica non soltanto la presenza di risorse umane qualificate all'ingresso, ma garantisce che tali risorse mantengano elevati standard di sicurezza e appropriatezza attraverso l'adesione ai programmi ECM nazionali e regionali (Accordo Stato-Regioni, 2017; Regione Abruzzo, 2024).L'assistenza erogata presso il domicilio del cittadino si caratterizza per un'elevata intensità relazionale. Gli studi di letteratura evidenziano che la soddisfazione del è strettamente legata alle sue competenze comunicative, empatiche e di supporto al caregiver (Splane et al., 2020).I percorsi formativi integrati promossi dalla normativa regionale mirano a:

- Umanizzazione delle cure: Sviluppare abilità d'ascolto e gestione dello stress emotivo nei contesti di malattia cronica e terminale (Horizon Service, 2023; Splane et al., 2020).
- Condivisione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI): Formare gli operatori a coinvolgere attivamente il paziente e la famiglia nelle decisioni terapeutiche, aumentando

l'aderenza ai trattamenti e il senso di sicurezza all'interno delle mura domestiche (Stijnen et al., 2022).

Quando il personale sanitario e socio-sanitario è adeguatamente formato sulla health literacy e sulle dinamiche relazionali, si osserva una netta riduzione del senso di abbandono spesso riferito dalle famiglie dei pazienti fragili, con un conseguente incremento degli indici di gradimento del servizio (OECD, 2020; Splane et al., 2020). Uno degli obiettivi primari del PNRR Missione 6 e della DGR n. 272/2024 è il decongestionamento delle strutture ospedaliere attraverso il rafforzamento della rete di prossimità (Ministero della Salute, 2022; Regione Abruzzo, 2024). L'evidenza scientifica dimostra che gran parte dei ricoveri ripetuti nei pazienti cronici è determinata da riacutizzazioni prevenibili o da complicanze legate a una gestione scorretta dei presidi al domicilio (Terschüren et al., 2021; Vincent & Amalberti, 2016). In questo contesto, la formazione continua agisce direttamente sui fattori di rischio di ospedalizzazione attraverso:

1. Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): L'aggiornamento costante sulle manovre di gestione dei cateteri venosi centrali (PICC/CVC), dei cateteri vescicali e delle lesioni da decubito azzera quasi totalmente gli accessi impropri in Pronto Soccorso dovuti a sepsi o complicanze infettive (Vincent & Amalberti, 2016).
2. Competenze in Telemedicina e Clinical Decision Making: L'addestramento degli infermieri all'uso di dispositivi di tele-monitoraggio permette l'intercettazione precoce dei segni scompensatori (es. variazioni dei parametri vitali o saturimetriche nello scompenso cardiaco) e la tempestiva modulazione della terapia in raccordo con il Medico di Medicina Generale (MMG), evitando il ricovero in acuto (Terschüren et al., 2021).
3. Gestione delle Emergenze Comportamentali e Palliative: La formazione dell'équipe sulle crisi sintomatologiche o sui disturbi del comportamento nelle demenze consente di gestire il paziente al domicilio senza ricorrere all'ospedalizzazione di emergenza (Horizon Service, 2023).

In conclusione, l'investimento sulla crescita professionale continua si conferma l'anello di congiunzione imprescindibile per coniugare l'eccellenza clinico-assistenziale con la sostenibilità dell'assistenza territoriale abruzzese.

4.3 IMPLICAZIONI PER IL MANAGEMENT DELLE RISORSE UMANE E CRITICITÀ OPERATIVE NEL CONTESTO REGIONALE

La riconfigurazione dell'assistenza territoriale promossa dal DM 77/2022 e recepita nel contesto abruzzese tramite la DGR n. 272/2024 che pone il Human Resources Management (HRM) delle Aziende Sanitarie di fronte a un cambio di paradigma radicale. Il passaggio da un assetto assistenziale prevalentemente incentrato sul presidio ospedaliero a un modello di prossimità decentrato e orientato al domicilio richiede un'attenta riprogettazione delle strategie di reclutamento, sviluppo e fidelizzazione del capitale umano (Buchan et al., 2021; Ministero della Salute, 2022). Ciononostante, la traduzione sul piano operativo degli standard minimi di accreditamento delle Cure Domiciliari Integrate (ADI) si scontra con le peculiarità morfologiche, demografiche e finanziarie del territorio abruzzese, generando complesse implicazioni gestionali e marcate criticità applicative che investono direttamente le direzioni aziendali e la governance delle risorse umane (Regione Abruzzo, 2024).Sul piano della riorganizzazione dei profili assistenziali, la ridefinizione dell'architettura di cura territoriale richiede in primo luogo un'accurata riprogettazione delle competenze e l'armonizzazione dello Skill Mix (combinazione di diverse abilità, qualifiche e livelli di esperienza) all'interno delle équipe multidisciplinari (Buchan et al., 2021). Il management sanitario è infatti chiamato a formalizzare nuove mansioni e responsabilità, assegnando un ruolo cardine all'Infermiere di Famiglia e di Comunità per la gestione proattiva della cronicità e l'integrazione con il personale di supporto socio-sanitario (Ente Nazionale Italiano Formazione Sanitaria, 2023; Ministero della Salute, 2022). Questa transizione necessita di idonei percorsi di Change Management guidati dalla direzione risorse umane, mirati

a superare le inevitabili resistenze all'innovazione organizzativa e a favorire il definitivo superamento dei tradizionali comparti professionali (Buchan et al., 2021; West et al., 2018). Tuttavia, l'elevata incidenza di aree interne, montane e a marcata rarefazione abitativa che caratterizza gran parte della geografia abruzzese ostacola la distribuzione uniforme dei professionisti sanitari sul territorio. La costante difficoltà nel reclutare ed allocare in modo stabile figure specializzate nelle sedi periferiche genera il concreto rischio che i nodi della rete territoriale, come le Case della Comunità e le Centrali Operative Territoriali, funzionino a regime ridotto per difetto di organico, pregiudicando l'equità d'accesso ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (Regione Abruzzo, 2024).A tali ostacoli di natura logistica e strutturale si aggiungono la programmazione dei fabbisogni e la tenuta economico-finanziaria dei bilanci sanitari. Le direzioni aziendali delle ASL abruzzesi operano storicamente all'interno di stringenti vincoli di spesa pubblica, in un quadro segnato da rigidi regimi di rientro e da una disponibilità limitata di risorse correnti (OECD, 2020). La principale sfida gestionale consiste nell'articolare una pianificazione del personale capace di assorbire l'incremento di organico sostenuto temporaneamente dalle risorse straordinarie del PNRR, definendo strategie di medio-lungo termine che garantiscano la stabilità dei contratti e la sostenibilità economica a carico del Fondo Sanitario Regionale al termine della fase d'investimento europeo (Ministero della Salute, 2022; OECD, 2020). Al contempo, la carenza strutturale di risorse umane sul mercato del lavoro sanitario, combinata con l'attrattività esercitata da altre regioni o dal settore privato, aggrava il fenomeno della mobilità passiva e aumenta la pressione sul personale attualmente in servizio. Nel contesto delle Cure Domiciliari abruzzesi, la continuità dei servizi viene di frequente garantita attraverso carichi di lavoro elevati ed estensioni dei turni, una dinamica che incrementa l'incidenza della sindrome da burnout e mette a rischio sia la ritenzione dei professionisti sia gli standard minimi di sicurezza erogativa sanciti dai controlli di accreditamento (Vincent & Amalberti, 2016; West et al., 2018).Infine, le peculiarità della geografia abruzzese impongono una riflessione sulle modalità di supervisione e coordinamento del personale decentrato. Il monitoraggio operativo delle attività di assistenza domiciliare richiede

un modello di Leadership e di Performance Management calibrato su professionisti non stazionari, operativi su ampie distanze territoriali e lontani dalle sedi ospedaliere tradizionali (Terschüren et al., 2021). I responsabili delle risorse umane devono mettere a disposizione degli operatori strumenti di lavoro digitali e piattaforme interoperabili, ponendo al contempo al centro delle politiche aziendali la cura del clima organizzativo e della motivazione individuale per contrastare il senso di isolamento professionale percepito nelle sedi distaccate (West et al., 2018). Questa traiettoria di digitalizzazione deve però fare i conti con la disomogeneità delle infrastrutture di rete e la presenza di ampie zone d'ombra nella copertura mobile e fibra nelle dorsali appenniniche dell'Abruzzo, le quali limitano la piena operatività dei sistemi di telemedicina e della Cartella Clinica Domiciliare Informatizzata previsti dai requisiti della DGR 272/2024. Il persistente digital divide e rallenta lo scambio informativo in tempo reale tra le équipe domiciliari, i Medici di Medicina Generale e i medici specialisti, introducendo rallentamenti nei processi di comunicazione e riducendo l'efficienza dei Piani Assistenziali Individualizzati (ASL 1 Abruzzo, 2025; Terschüren et al., 2021).

4.4 PROSPETTIVE FUTURE

Facendo seguito al percorso di autonomia e responsabilità professionale avviato con la Legge 251/2000 ed esaminato nel Capitolo 1.3, il panorama sanitario assiste ad oggi al superamento dell'architettura formativa tradizionale (incentrata storicamente sulla sola dimensione manageriale e pedagogica della Laurea Magistrale LM/SNT1) attraverso l'istituzione dei nuovi percorsi di Laurea Magistrale ad indirizzo clinico-specialistico (Decreto Ministeriale 20 febbraio 2026; FNOPI, 2026). Pubblicati in Gazzetta Ufficiale (Serie Generale n. 108 del 12 maggio 2026), i decreti congiunti del Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) e del Ministero della Salute sanciscono una svolta epocale per l'infermieristica italiana, strutturando tre distinti curricula clinici specialistici: Cure primarie e Infermieristica di famiglia e comunità, Cure intensive e nell'emergenza, e Cure neonatali e pediatriche (Decreto Ministeriale 20 febbraio 2026).Nel

contesto delle Cure Domiciliari Integrate (ADI), l'indirizzo orientato alle Cure Primarie e all'Infermieristica di Famiglia e Comunità (IFeC) costituisce la pietra miliare per il consolidamento dei servizi di prossimità. Il piano di studi di questo nuovo percorso biennale specialistico è progettato per dotare i professionisti di competenze clinico-assistenziali avanzate, necessarie a gestire la complessità multidimensionale delle patologie croniche e della fragilità al domicilio. Il percorso formativo accademico si focalizza sulla diagnostica assistenziale di secondo livello, sui modelli di case management integrato, sul monitoraggio clinico proattivo e sull'utilizzo delle tecnologie di telemedicina e tele-monitoraggio (Decreto Ministeriale 20 febbraio 2026; FNOPI, 2026). Un elemento di profonda rottura rispetto al passato è rappresentato dal formale riconoscimento istituzionale della prescrizione infermieristica di presidi e ausili assistenziali (dalla medicazione avanzata ai dispositivi di gestione delle stomie e dell'incontinenza), attività inserita nella pianificazione assistenziale in totale autonomia e coordinamento con i Medici di Medicina Generale (MMG) e gli specialisti territoriali (AIR, 2026; Decreto Ministeriale 20 febbraio 2026).La concretezza attuativa della riforma si traduce nell'adeguamento dei regolamenti didattici degli atenei italiani, i quali attiveranno l'offerta formativa dei nuovi corsi di laurea magistrale specialistica a partire dall'Anno Accademico 2026/2027. L'intero sistema universitario nazionale che vede coinvolti i principali atenei statali e non statali distribuiti sull'intero territorio nazionale (tra cui l'Università degli Studi di Milano Statale, l'Università Sapienza di Roma, l'Università degli Studi di Napoli Federico II, l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro, l'Università di Bologna, l'Università Campus Bio-Medico di Roma, e, a livello locale per il bacino abruzzese, gli atenei di Chieti-Pescara e de L'Aquila) sta predisponendo i bandi di ammissione per accogliere la prima coorte di infermieri specialisti in cure primarie (AIR, 2026; FNOPI, 2026).Questa evoluzione dell'autonomia e delle competenze avanzate stabilisce un legame inscindibile con la valorizzazione economico-retributiva della professione. L'acquisizione di responsabilità cliniche di secondo livello e la gestione diretta dei processi di cura territoriali richiedono un adeguamento contrattuale e stipendiale che superi il tradizionale appiattimento retributivo. Le trattative per i rinnovi dei

Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL Comparto Sanità) e l'interlocuzione tra le sigle sindacali e l'Agenzia per la Rappresentanza Negoziale delle Pubbliche Amministrazioni (ARAN) pongono al centro l'istituzione di una specifica indennità di specializzazione clinica, il riconoscimento dell'incarico specialistico nell'organizzazione aziendale e un incremento dello stipendio tabellare commisurato all'elevata autonomia decisionale manifestata al domicilio dell'assistito (CISL FP, 2026; FNOPI, 2026). In ultima analisi, l'integrazione tra alta formazione accademica, riconoscimento normativo in Gazzetta Ufficiale e adeguamento stipendiale rappresenta l'unica prospettiva strategica in grado di garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, frenare la fuga dei professionisti verso l'estero o verso il privato, e rendere effettivo il modello di cure domiciliari delineate dalle direttive di accreditamento regionali.

CONCLUSIONE

L’invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche e la necessità di evitare il sovraffollamento degli ospedali hanno dimostrato che il futuro della sanità si gioca sul territorio. Come ha tracciato il DM 77/2022, le Cure Domiciliari e l’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) non sono più un’alternativa secondaria, ma il cuore del Servizio Sanitario Nazionale. Attraverso questo lavoro di tesi, ho voluto evidenziare come il vero motore di questo cambiamento non sia rappresentato solo dai decreti o dalla tecnologia, ma soprattutto dalle competenze e dalla valorizzazione di noi infermieri. La letteratura scientifica internazionale parla chiaro: la formazione continua e l'acquisizione di competenze avanzate da parte dell'infermiere hanno una ricaduta diretta e misurabile sulla salute dei pazienti e sulla tenuta del sistema. Dalla revisione delle evidenze emerge che una presa in carico domiciliare proattiva, guidata da infermieri preparati nell'intercettare precocemente le riacutizzazioni e capaci di fare coaching educativo al paziente e al caregiver, riesce a ridurre fino al 25-30% le ri-ospedalizzazioni non programmate e gli accessi impropri in Pronto Soccorso. Questo significa garantire una migliore qualità di vita all'assistito a casa sua, evitando il trauma del ricovero e generando al contempo un forte risparmio per la spesa pubblica. Questa realtà l'ho potuta toccare con mano nel mio lavoro quotidiano in ADI nella Regione Abruzzo presso la cooperativa sociale “Croce Gialla Home”. Con l'introduzione delle nuove direttive regionali (DGR 272/2024) e del Manuale di Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale, la formazione continua (ECM) non è più percepita come un semplice obbligo burocratico per accumulare crediti, ma come un requisito strutturale fondamentale per garantire la sicurezza delle cure. Lavorando sul campo con la cooperativa Croce Gialla Home all'interno del nuovo sistema regionale basato su SmartLea, ho sperimentato direttamente quanto sia determinante investire sul capitale umano, quanto la tecnologia possa abbattere le barriere demografiche e morfologiche del territorio e quanto realmente si possano ridurre le ospedalizzazioni se svolgiamo il nostro lavoro con procedura e metodo. Il programma formativo annuale a cui partecipiamo non rappresenta solo teoria: si traduce ogni giorno, a casa dei pazienti,

in una gestione esperta delle lesioni complesse, dei presidi vascolari, della telemedicina e nella costruzione di un rapporto di fiducia profondo con le famiglie. È proprio l'aggiornamento costante che ci permette di lavorare in piena autonomia e di prevenire le complicanze prima che diventino emergenze da ospedale. Guardando alle prospettive future, emerge chiaramente che siamo alla vigilia di una svolta epocale per la nostra professione. L'avvio delle Lauree Magistrali ad indirizzo clinico, lo sviluppo della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) e la necessità di un definitivo adeguamento contrattuale e retributivo rappresentano i tasselli fondamentali per riconoscere, anche in Italia, il valore dell'Infermiere di Pratica Avanzata (Advanced Practice Nurse). Non possiamo più permetterci una discrepanza tra l'alta formazione che acquisiamo e il riconoscimento formale del nostro ruolo all'interno delle Aziende Sanitarie. In conclusione, questo percorso di tesi e la mia esperienza sul campo mi hanno confermato che investire sulla formazione continua dell'infermiere in ADI significa costruire una sanità più umana, sicura ed efficace. Portare l'assistenza a domicilio non vuol dire solo svolgere una prestazione tecnica, ma prendersi cura della persona e della sua famiglia nella sua globalità. Rendere l'infermiere sempre più autonomo, competente e riconosciuto è la chiave per far sì che la continuità assistenziale non sia solo un obiettivo normativo, ma una concreta realtà quotidiana a tutela di tutti i nostri pazienti.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Accordo Stato-Regioni. (2017). Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute - Manuale nazionale del sistema di formazione continua in medicina (ECM)" (Rep. Atti n. 14/CSR del 2 febbraio 2017). Gazzetta Ufficiale.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. (2021). Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario. AGENAS.

ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila. (2025a). Cure Domiciliari e portale dei servizi territoriali: Integrazione informatica e digitalizzazione nelle aree interne. Piattaforma Sanitaria della Regione Abruzzo.

ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila. (2025b). Guida ai servizi territoriali e regolamento d'accesso alle Cure Domiciliari e piattaforma SmartLea.

ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti. (2024). Carta dei Servizi ed organizzazione della rete distrettuale dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

ASL 3 Pescara. (2025). Attivazione del nuovo modello di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ed operatività del sistema di scelta dell'erogatore. Direzione Generale ASL Pescara.

ASL 4 Teramo. (2024). Disciplinare operativo del Punto Unico di Accesso (PUA) e gestione dei Piani Assistenziali Individuali (PAI).

Associazione Infermieristica per la Ricerca. (2026). Le nuove lauree magistrali a indirizzo clinico: Che cosa cambia davvero per l'infermieristica italiana? AIR Online, 45(2), 112–120.

Bauleo, F. A. (2015). Continuità delle cure e promozione della salute assieme: Strategia per servizi efficaci e sostenibili. Sistema Salute, 59(4).

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care: Decision making and action planning. JAMA, 288(19), 2469–2475. https://doi.org/10.1001/jama.288.19.2469

Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for advanced practice nursing. Journal of Advanced Nursing, 48(5), 530–540. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x

Buchan, J., Catton, H., & Shaffer, F. A. (2021). Sustain and retain in 2021 and beyond: The global nursing workforce and the COVID-19 pandemic. International Council of Nurses & International Centre on Nurse Migration.

Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., Morton, S. C., & Shekelle, P. G. (2006). Systematic review: Impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. Annals of Internal Medicine, 144(10), 742–752. https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-10-200605160-00125

CISL FP. (2026, 14 maggio). Nuove lauree magistrali cliniche per Infermieri: Il punto della CISL FP. Note informative di Politica Sanitaria e Contrattuale. https://cislfp.it/2026/05/14/nuove-lauree-magistrali-cliniche-per-infermieri-il-punto-della-cisl-fp/

Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S. J. (2006). The Care Transitions Intervention: Results of a randomized controlled trial. Archives of Internal Medicine, 166(17), 1822–1828. https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822

Commissione Nazionale per la Formazione Continua. (s.d.). Delibera in materia di crediti formativi per il triennio e disciplina dei riduzioni e incentivi. Ministero della Salute - AGENAS.

Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. (2021). Intesa Rep. n. 151/CSR del 4 agosto 2021 sui requisiti minimi di autorizzazione e accreditamento delle Cure Domiciliari.

Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie. (s.d.). Linee guida per la certificazione dei crediti ECM e la consultazione della banca dati anagrafica. Co.Ge.A.P.S.

De Caro, W. (2019a). Competenze infermieristiche avanzate: Se non ora quando? Professioni Infermieristiche, 72(3).

De Caro, W. (2019b). L'evoluzione dell'Advanced Practice Nursing in Europa e l'impatto sui sistemi sanitari. L'Infermiere, 56(3), 12–19.

De Raeve, P. (2024). Advanced practice nursing in Europe: Lack of clarity on development. Journal of Advanced Nursing, 80(6), 1234–1242. https://doi.org/10.1111/jan.15775

De Simoni, S., Dari, S., & Sciulli, C. (s.d.). L'azione della ricerca per l'ottimizzazione della qualità del processo formativo ECM e dei suoi costi.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 - Suppl. Ordinario n. 15.

Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Gazzetta Ufficiale n. 6 del 9 gennaio 1995.

Decreto Ministeriale 20 febbraio 2026. Revisione della classe delle lauree magistrali nelle scienze infermieristiche e ostetriche ed istituzione dei percorsi ad indirizzo clinico specialistico. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 108 del 12 maggio 2026.

Delamaire, M. L., & Lafortune, G. (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries (OECD Health Working Papers No. 54). OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en

Dichiarazione di Alma-Ata. (1978). International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. World Health Organization.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly, 83(4), 691–729. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x

Ente Nazionale Italiano Formazione Sanitaria. (2023). Profilo professionale e competenze dell'Operatore Socio Sanitario nelle Cure Domiciliari e di Comunità. ENIF Edizioni.

Federazione Nazionale Ordine delle Professioni Infermieristiche. (s.d.). La formazione continua in medicina e il dossier formativo dell'infermiere. Guida alle buone pratiche professionali. FNOPI.

Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. (2026, 13 maggio). Il 12 maggio pubblicati in Gazzetta ufficiale i decreti sulle nuove lauree specialistiche [Comunicato stampa]. https://www.fnopi.it/2026/05/13/lauree-gazzetta-12-maggio/

Flexner, A. (1910). Medical education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Carnegie Foundation.

Fougere, R., Aoun, S., & Devitt, L. (2016). Evaluating the implementation and governance of advanced practice nursing roles in primary health care. Journal of Nursing Management, 24(7), 910–918. https://doi.org/10.1111/jonm.12396

Fougère, B., Morley, J. E., Decavel, F., Nourhashémi, F., Abele, P., Resnick, B., Rantz, M., Lai, C. K., Moyle, W., Pédra, M., Chicoulaa, B., Escourrou, E., Oustric, S., & Vellas, B. (2016). Development and implementation of the advanced practice nurse worldwide with an interest in geriatric care. Journal of the American Medical Directors Association, 17(9), 782–788. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.05.009

France, G., Taroni, F., & Donatini, A. (2005). The Italian health-care system: Health reform, Italian style. Health Policy, 75(1), 1–14. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.02.006

Giarelli, G., & Vicarelli, G. (2021). Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19: Problemi e proposte (pp. 1–146).

Gruppo di lavoro interregionale. (2020a). Documento di indirizzo sullo sviluppo delle competenze specialistiche e avanzate dell'infermiere. Coordinamento Tecnico delle Regioni.

Gruppo di lavoro interregionale. (2020b). Proposta di documento recante percorsi applicativi degli articoli 16-21 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità relativamente agli incarichi di funzione di tipo professionale.

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Defining continuity of care. BMJ, 327(7425), 1219–1221. https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219

Heale, R., & Buckley, C. R. (2015). An international perspective of advanced practice nursing regulation. International Nursing Review, 62(3), 421–429. https://doi.org/10.1111/inr.12193

Horizon Service. (2023). La rete locale delle Cure Palliative: Gestione della complessità assistenziale [Atti del Corso di Formazione ECM]. ASL 4 Teramo.

Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ, 324(7341), 819–823. https://doi.org/10.1136/bmj.324.7341.819

Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academies Press.

International Council of Nurses. (2008). Nursing care continuum: ICN network on Advanced Practice Nursing. International Council of Nurses.

International Council of Nurses. (2020). Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020. International Council of Nurses.

Karam, G., Braes, T., Engberg, S., Conn, V. S., Lievens, F., & De Bleser, L. (2021). Effectiveness of nurse-led primary care and home care models for older adults with complex needs: A systematic review and meta-analysis. BMC Health Services Research, 21(1), Article 423. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06401-4

Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic and applications. International Journal of Integrated Care, 2(4), Article e12. https://doi.org/10.5334/ijic.67

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (a cura di). (2000). To err is human: Building a safer health system. National Academies Press.

Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews, (2), Article CD001271. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub2

Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, R., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews, (7), Article CD001271. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3

Legge 1 febbraio 2006, n. 43. Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali. Gazzetta Ufficiale n. 41 del 18 febbraio 2006.

Legge 11 gennaio 2018, n. 3. Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonche' disposizioni per il riordinamento delle professioni sanitarie. Gazzetta Ufficiale n. 25 del 31 gennaio 2018.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28 dicembre 1978.

Legge 30 dicembre 2020, n. 178. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023. Gazzetta Ufficiale n. 322 del 30 dicembre 2020 - Suppl. Ordinario n. 46.

Legge Regionale 1° febbraio 2024, n. 4. Modifiche ed integrazioni alla Legge Regionale 31 luglio 2007, n. 32 ed ulteriori disposizioni in materia sanitaria. Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

Legge Regionale 31 luglio 2007, n. 32. Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private. Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

LUISS "Guido Carli" – Centro di Ricerca sulle Amministrazioni Pubbliche "VITTORIO BACHELET". (2008a). Capitolo 4: Le risorse umane. In Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale (pp. 85–112). Ministero della Salute.

LUISS "Guido Carli" – Centro di Ricerca sulle Amministrazioni Pubbliche "VITTORIO BACHELET". (2008b). Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale. Ministero della Salute.

Ministero della Salute. (2022). Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 giugno 2022.

Mitchell, B. G., Gardner, A., Stone, P. W., Hall, L., & White, N. (2018). The impact of nurse-led home care interventions on unplanned hospital readmissions in complex patients: A systematic review and meta-analysis. Journal of Advanced Nursing, 74(8), 1780–1798. https://doi.org/10.1111/jan.13571

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. PLOS Medicine, 6(7), Article e1000097. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097

Naylor, M. D., Aiken, L. H., Bremer, R. W., Madden, C. W., & Townsend, T. Z. (2011). High-value transitional care: Translation of research into practice. The Journal of Cardiovascular Nursing, 26(3 Suppl), S33–S43. https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31821b0177

Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalised with heart failure: A randomised, controlled trial. Journal of the American Geriatrics Society, 52(5), 675–684. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52202.x

Nolte, E., & McKee, M. (2008). Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Open University Press / European Observatory on Health Systems and Policies.

OECD. (2020). Realising the potential of primary health care. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/a33223f0-en

OECD. (2024). Advanced Practice Nursing in primary care in OECD countries. OECD Publishing.

Ordine delle Professioni Infermieristiche dell'Aquila. (2026). Catalogo della Formazione Continua ECM: Connected Care, Sanità Digitale e Inserimento dei Presidi Vascolari. OPI AQ.

Ordine degli Psicologi della Lombardia. (s.d.). Cosa significa ECM (Educazione Continua in Medicina) e cosa sono i crediti ECM. https://www.opl.it/come-fare-per/Cosa-significa-ECM-Educazione-Continua-in-Medicina-e-cosa-sono-i-crediti-ECM.php

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2018). Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Dichiarazione di Astana]. World Health Organization.

Pare, G., Jaana, M., & Sicotte, C. (2007). Systematic review of home telemonitoring for chronic diseases: The evidence base. Journal of the American Medical Informatics Association, 14(3), 269–277. https://doi.org/10.1197/jamia.M2275

Pearson, A., Field, J., & Jordan, Z. (2007). Evidence-based clinical practice in nursing and health care: Assimilating research, experience and expertise. Blackwell Publishing.

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining health care: Creating value-based competition on results. Harvard Business School Press.

Reason, J. (1990). Human error. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9781139062367

Regione Abruzzo. (2007). Deliberazione della Giunta Regionale 13 marzo 2007, n. 224: "Sistema delle Cure Domiciliari" - Approvazione Linee Guida e criteri di accesso. Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

Regione Abruzzo. (2008). Piano Sanitario Regionale 2008-2010: "Un Sistema di Garanzie per la Salute". Consiglio Regionale dell'Abruzzo.

Regione Abruzzo. (2021). Deliberazione della Giunta Regionale 26 novembre 2021, n. 769: Recepimento dell'Intesa Stato-Regioni Rep. n. 151/CSR del 4 agosto 2021 sui requisiti minimi di autorizzazione e accreditamento delle Cure Domiciliari. Dipartimento Sanità.

Regione Abruzzo. (2023a). Deliberazione della Giunta Regionale 16 maggio 2023, n. 274: Approvazione del nuovo Manuale di Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale delle Cure Domiciliari (ADI). Dipartimento Sanità.

Regione Abruzzo. (2023b). Deliberazione della Giunta Regionale 28 dicembre 2023, n. 885: Approvazione dei requisiti di accreditamento e dello schema tipo per l'intesa contrattuale con gli erogatori di cure domiciliari. Dipartimento Sanità.

Regione Abruzzo. (2024a). Deliberazione della Giunta Regionale 18 gennaio 2024, n. 32: Definizione del fabbisogno pluriennale dei livelli di cure domiciliari in attuazione degli obiettivi del PNRR. Dipartimento Sanità.

Regione Abruzzo. (2024b). Deliberazione della Giunta Regionale 17 maggio 2024, n. 272: Allegato 1 - Manuale di autorizzazione e di accreditamento istituzionale Cure Domiciliari (ADI) Regione Abruzzo. Dipartimento Sanità.

Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza. (2021). Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea, L 57/17.

Reid, R., Haggerty, J., & McKendry, R. (2002). Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of care. Canadian Health Services Research Foundation.

Rice, H., Walsh, M., & O'Brien, B. (2022). Advanced practice nursing interventions in home care to prevent hospital readmissions: A quantitative study. International Journal of Nursing Studies, 126, Article 104140. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104140

Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. Advances in Nursing Science, 35(3), 194–204. https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba

Santomassino, M., Holly, C., & Passalacqua, S. (2012). A systematic review on the effectiveness of continuity of care and its role in patient satisfaction and decreased hospital readmissions in the adult patient receiving home care services. JBI Library of Systematic Reviews, 10(42), 2730–2777. https://doi.org/10.11124/jbisrir-2012-243

Sarkisian, C. A., Haywood, C., & Coleman, E. A. (2020). Effect of home-based nurse coaching on hospital readmissions and quality of life in frail older adults: A randomized clinical trial. BMC Geriatrics, 20(1), Article 142. https://doi.org/10.1186/s12877-020-01542-w

Shewhart, W. A. (1931). Economic control of quality of manufactured product. D. Van Nostrand Company.

Shortell, S. M., Gillies, R. R., & Wu, F. M. (2021). United States health systems performance: A systematic review and policy implications. Health Services Research, 56(S3), 1011–1026. https://doi.org/10.1111/1475-6773.13686

Sideri, C. (2025). Infermiere di pratica avanzata: Tra realtà e prospettive in Italia. Dossier di Responsabilità Professionale Sanitaria.

Splane, E., Mitchell, S., & Buerhaus, P. (2020). Patient and family satisfaction in home health care: The role of staff training and communication skills. Journal of Nursing Care Quality, 35(3), 210–216. https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000452

Starfield, B. (1998). Primary care: Balancing health needs, services, and technology. Oxford University Press.

Stijnen, M. M., Jansen, M. W., Vrijhoef, H. J., & Duimel-Peeters, I. G. (2022). The impact of integrated care models on frail elderly living at home: A systematic review. International Journal of Integrated Care, 22(1), 1–15. https://doi.org/10.5334/ijic.5643

Stille, C. J., Jerant, A., Bell, D., Meltzer, D., & Elmore, J. G. (2005). Coordinating care across diseases and care setting levels. Journal of General Internal Medicine, 20(8), 700–705. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0117.x

Terschüren, C., Fendrich, K., van den Berg, N., & Hoffmann, W. (2021). Implementing telemonitoring in primary care: Impact on hospitalizations and patient outcomes in chronic disease management. Journal of Medical Internet Research, 23(4), Article e25140. https://doi.org/10.2196/25140

Vicarelli, G. (2020). La valorizzazione delle risorse umane nel Sistema sanitario nazionale: Un principio disatteso. La Rivista delle Politiche Sociali, 3.2020, 75–96.

Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). Safer healthcare: Strategies for the real world. Springer Open. https://doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0

Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness. Effective Clinical Practice, 1(1), 2–4.

Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Quality improvement in chronic illness care: A collaborative approach. Joint Commission Journal on Quality Improvement, 27(2), 63–80. https://doi.org/10.1016/S1070-3241(01)27005-4

West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. Journal of Internal Medicine, 283(6), 516–529. https://doi.org/10.1111/joim.12752

World Health Organization. (2016). Framework on integrated people-centred health services (WHA69.24). 69th World Health Assembly.

World Health Organization. (2018). Continuity and coordination of care: A practice brief to support implementation of person-centred coordination of care. World Health Organization.

World Health Organization. (2020). Report sullo stato dell'infermieristica nel mondo. World Health Organization.

World Health Organization. (2021). Primary health care measurement framework and indicators: Monitoring health systems transformation for universal health coverage. World Health Organization.