

## Care Manager: esperti di percorsi proattivi di cura e di integrazione socio-sanitaria per la continuità assistenziale e la fragilità tra ospedale e territorio

**Barbara Carisio<sup>1</sup>, Valentina Derossi<sup>2</sup>, Monica Fabbro<sup>3</sup>, Marta Lazzarin<sup>4</sup>, Manuela Marovino<sup>5</sup>,  
Patrizia Poleis<sup>6</sup>, Maria Angela Schembri<sup>7</sup>, Ilary Veronica Puleo<sup>8</sup>, Sergio Gubrich<sup>9</sup>, Antonella Croso<sup>10</sup>**

<sup>1</sup>IFeC Care Manager, Referente Telemedicina, ricerca e demenze, Distretto Cossato ASL Biella, Italia

<sup>2</sup>Care Manager ospedaliero, referente Area chirurgica ASL, Biella, Italia

<sup>3</sup>Care Manager ospedaliero, referente Dipsa Care Manager ASL, Biella, Italia

<sup>4</sup>Care Manager ospedaliero, referente Pronto Soccorso ASL, Biella, Italia

<sup>5</sup>Care Manager ospedaliero, referente Area chirurgica ASL, Biella, Italia

<sup>6</sup>Care Manager Territoriali, Referente Inclusione Scolastica per la COT, ASL, Biella, Italia

<sup>7</sup>Care Manager Territoriali, Referente CAVS e BD Project per la COT, ASL, Biella, Italia

<sup>8</sup>Care Manager Territoriali, Referente CAVS e Ossigeno Terapia Domiciliare per la COT, ASL, Biella, Italia

<sup>9</sup>Responsabile Assistenziale di Distretto ASL Biella, Italia

<sup>10</sup>Direttore Di.P.Sa ASL Biella, Italia

Corrispondenza: [barbara.carisio@aslbi.piemonte.it](mailto:barbara.carisio@aslbi.piemonte.it)

### INQUADRAMENTO GENERALE

L'Infermiere Care Manager (CM) dell'Azienda Sanitaria di Biella è il professionista esperto che accompagna il cittadino e le loro famiglie e/o caregiver (considerando come tale la persona che "se ne prende cura"), nel processo di soddisfazione delle esigenze bio-psico-sociali, gestendo il percorso di cura, facilitando e coordinando le risorse e l'integrazione con l'equipe multiprofessionale ospedaliera e territoriale. Garantisce il rapporto costo qualità richiesto dal sistema, propone al paziente le soluzioni più favorevoli in base alle condizioni clinico-assistenziali, predispone le dimissioni anticipatamente e la continuità assistenziale. I CM sono referenti di progetti dedicati ai soggetti fragili o con plurimi accessi al Pronto Soccorso o/e affetti da malattia neurodegenerativa, disabilità e cronicità. Dall'anno 2009, considerando che la dimissione rappresenta un momento difficile e critico sia per il paziente che per la sua famiglia, con modificazioni dello stato funzionale e la perdita totale o parziale di autosufficienza, la Direzione delle Professioni Sanitarie (Di.P.Sa), ha investito sulla formazione dei care manager e sullo sviluppo della qualità dell'assistenza. Il modello assistenziale del Primary Nursing adottato dall'anno 2012 in tutta l'ASLBI vede, tra le responsabilità dell'infermiere di riferimento, la programmazione del percorso di dimissione della persona assistita. Gli infermieri Care Manager, ospedalieri e territoriali, si integrano con l'infermiere Primary Nurse (PN) e con gli altri attori dell'equipe multiprofessionale con l'obiettivo di personalizzare il percorso di cura e di dimissione a domicilio evitando quando possibile, la ri-ospedalizzazione o l'inserimento in struttura dei casi complessi e/o fragili.

## CONTESTUALIZZAZIONE DEL PERCORSO

L'azienda sanitaria di Biella ha come bacino di utenza 168.583 cittadini residenti nel territorio della Provincia di Biella (Fondazione Cassa di Risparmio, 2024) dei quali 50.261 over 65 anni suddivisi nel 45% dai 65 agli 80 anni e 34.55% over 80, andando a rappresentare la Provincia più vecchia del Piemonte.

Accanto ai dati demografici della popolazione anziana, risultano di rilievo, la conformazione geografica del territorio prevalentemente montuosa e la distanza dalle strutture sanitarie fattori che rappresentano importanti limitazioni per i trasporti e causa di isolamento sociale.<sup>1-</sup> Da uno studio epidemiologico della Regione Piemonte nel biellese risiedono 5370<sup>2</sup> fragili identificati in base a:

1. Grado di solitudine.
2. Grado di autonomia negli spostamenti esterni.
3. Capacità di comunicare per chiedere aiuto.
4. Condizione abitativa adeguata.
5. Assunzione di farmaci<sup>3</sup>.

La prevalenza dei soggetti con almeno una patologia nell' ASLBI è al di sopra del 20% per il quadriennio 2016-2019 (ISS, 2022).

Nell'anno 2022 le dimissioni di assistiti acuti con ricovero ordinario e con Day Hospital sono state 15770 (Ministero della Salute, 2022).

## La formazione aziendale dei care manager e lo stato dell'arte del ruolo

Nell'anno 2007, presso il reparto di medicina dell'Ospedale di Biella, è iniziata la sperimentazione della figura di *care manager* con il Progetto *Florence*, dimostrato efficace per la qualità delle cure, per l'organizzazione, per la motivazione del personale infermieristico e su quella degli assistiti e dei loro *caregiver* (Croso, 2014). Visti i risultati della sperimentazione, nell'anno 2010 è stato costruito un percorso formativo ad hoc che ha coinvolto 20 infermieri tra ospedalieri e territoriali per una durata di 100 ore. Il corso aveva contenuti a carattere clinico, assistenziale, etico, relazionale, e i *care manager* al termine della formazione sono stati distribuiti per aree omogenee di cure; alcuni hanno vinto la posizione bandita di infermieri esperti in *care management* con l'assegnazione della categoria DS<sup>4</sup>. Con il consolidamento nel tempo del ruolo, la Di.P.Sa ha scelto di inserire i CM nei nuclei di continuità assistenziale ospedalieri (NOCC) nei Nuclei di Continuità delle Cure (NDCC) e nelle Centrali Operative Territoriali (COT). I *care manager* esperti vengono riconosciuti in ASL come riferimento trasversale e per la formazione specialistica acquisita con percorsi universitari post laurea. Attualmente sono 8 i *care manager*, 4 in ambito ospedaliero e 4 in ambito territoriale e continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS).

Nel 2021 con bando di concorso uno degli 8 infermieri *care manager* ha vinto l'incarico di organizzazione attività come "referente Care Manager" e svolge le seguenti attività.

### Ambito programmazione/pianificazione

- Programma l'aggiornamento di procedure operative sulla continuità assistenziale dei pazienti identificati a rischio di dimissione difficile.
- Coordina l'attività dei collaboratori Care Manager al fine di mantenere l'aderenza ai percorsi aziendali di continuità assistenziale.
- Coordina, in caso di criticità organizzative, le attività correlate ai processi di continuità assistenziale.
- Programma e conduce riunioni periodiche tra i *care manager* al fine di favorire un confronto/discussione di casi emblematici e criticità dei percorsi di continuità assistenziale.

<sup>1</sup>La classificazione Istat delle Aree interne si fonda sulla distanza dai principali servizi essenziali, tra cui servizi scolastici, sanitari e di trasporto ferroviario. Le Aree Interne vengono identificate sulla base di un indicatore di accessibilità calcolato in termini di minuti di percorrenza rispetto al Polo (centro di offerta di servizi) più prossimo. Ne discende una classificazione che vede i Poli e i Poli intercomunali come centri, seguiti da comuni di Cintura (a non oltre 27,7 minuti dai Poli), Intermedi (a non oltre 40,9 minuti), Periferici (a non oltre 66,9 minuti) e quelli Ultra-Periferici (a oltre 66,9 minuti).

<sup>2</sup> Dato presente nel portale Medici di Medicina generale e Pediatri di libera scelta (ECW MED).

<sup>3</sup> Scheda di raccolta dati ad uso ASL costruita ad Hoc.

<sup>4</sup> Appartengono altresì a questa categoria - nel livello economico D super (Ds) - i lavoratori che ricoprono posizioni di lavoro che, oltre alle conoscenze teoriche specialistiche e/o gestionali in relazione ai titoli di studio e professionali conseguiti.

- Conduce gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari in un'ottica di rete di servizi per i percorsi di continuità assistenziale.

#### *Ambito controllo/monitoraggio/valutazione*

- Supervisiona le attività svolte per la continuità assistenziale e documenta tramite report specifici le attività del gruppo di lavoro.
- Supervisiona l'applicazione di procedure/protocolli/linee guida da parte del gruppo dei care manager e degli infermieri.

#### *Ambito formazione/consulenza/comunicazione*

- Valuta, rispetto al piano di dimissione, i bisogni formativi dei professionisti sanitari che sono coinvolti nei percorsi di continuità assistenziale.
- Propone al Direttore Di.P.Sa. eventi formativi inerenti il piano di dimissione e i percorsi di continuità assistenziale da organizzare con l'area di formazione.
- Fornisce consulenza ai professionisti socio/sanitari in merito ai percorsi di dimissione.
- Fornisce dei report delle attività dei care manager al Direttore Di.P.Sa. e al Responsabile Assistenziale di Distretto e di Dipartimento.

## **MATERIALI E METODI**

### **La presa in cura**

Nei casi in cui il grado di indipendenza/autonomia non fosse raggiunto, è possibile attivare un percorso di continuità assistenziale, sviluppando un piano di assistenza specifico per l'utente che si articola in attività ospedaliere e territoriali in integrazione o disgiuntamente in base ai bisogni evidenziati, alla territorialità e ai servizi necessari.

Principali obiettivi delle attività:

1. Selezionare i casi identificati dai colleghi per determinare l'adeguatezza di un percorso di care management e dell'eventuale attivazione di altri servizi.
2. Coinvolgere l'assistito, la famiglia e i caregiver o la rete amicale e di vicinato nel processo di cura.
3. Ottenere il consenso per la gestione del caso da parte di tutti gli attori coinvolti nel processo di cura.
4. Valutare le opportunità di percorso per la dimissione o dal domicilio verso l'inserimento in struttura (la raccolta di dati, analisi e sintesi di informazioni per sviluppare un piano di cura, contratto -Tra CM, assistito e caregiver).

Le principali attività sono riferite ad interventi di organizzazione e l'assistito e/o i familiari si impegnano nell'autogestione o gestione/collaborazione nel progetto di cura. Il CM analizza i bisogni sanitari e sociali, le barriere e/o lacune nell'assistenza come processo continuo in collaborazione con i Primary Nurse ospedalieri e Territoriali e le multiprofessionalità per il raggiungimento degli obiettivi clinici-assistenziali sociali ed educativi prefissati.

Alcuni degli strumenti di valutazione sono elencati nei punti seguenti, in particolare solo quelli usati più frequentemente in rapporto al lavoro a supporto della continuità assistenziale e alla conduzione di progetti:

1. Valutazione di problemi funzionali, ambientali e sociali che influenzano il benessere della persona: scheda sanitaria dell'Unità di Valutazione geriatrica e della Unità Multidisciplinare della disabilità.
2. Valutazione della fragilità: scheda della fragilità costruita ad hoc per la centrale operativa territoriale (su indicatori epidemiologici della Regione Piemonte).
3. Scheda di *Brass* per la rilevazione del rischio di ospedalizzazione prolungata o dimissione difficile.
4. *Caregiver Burden Inventory* per valutare il carico di *burden* dei famigliari di assistiti affetti da demenza.
5. Digital Sunfrail versione digitale dello strumento di screening volto ad orientare interventi proattivi di prevenzione e presa in cura dei soggetti fragili.
6. Colloqui vis a vis, mail, telefonate.
7. Incontri multiprofessionali.

**OBIETTIVI**

*Presa in carico fragili in Pronto Soccorso (PS)*

**Obiettivo**

Prendere in cura proattivamente i soggetti fragili.

Per il paziente anziano che accede in PS, una volta stabilizzato clinicamente, l'equipe di cura del PS segnala eventuali condizioni di rischio di fragilità alla dimissione alle CM.

Le condizioni di rischio valutate sono:

- Variazione dell'autonomia e autosufficienza;
- Condizione abitativa non idonea alla condizione assistenziale del paziente;
- Assenza di caregiver o difficoltà di gestione da parte del caregiver;
- Pazienti già in carico a Servizio Sociale e/o servizi territoriali (es. Cure palliative, cure domiciliari, etc).

Un ulteriore canale di attivazione dei CM in PS è la segnalazione diretta da parte del CM del Territorio per i casi gestiti in cure domiciliari o viceversa per la presa in carico a domicilio.

*Inclusione scolastica (D.G.R. 21 Maggio 2014, n. 50-7641 Regione Piemonte)*

**Obiettivi**

- Trasformare le scuole in ambienti idonei all'accesso di tutti i ragazzi a prescindere dalle condizioni di salute.
- Costruire uno snodo per innescare il processo di inclusione.

Nel 2014 è stato firmato Protocollo d'intesa tra Regione Piemonte e Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Sinergie istituzionali per il diritto allo studio delle alunne e alunni affetti da patologie croniche che comportano bisogni speciali di salute in orario scolastico/formativo. Le figure coinvolte sono: il care manager, che si occupa nella fase iniziale di contatti con l'istituto scolastico che ha segnalato il caso, la famiglia dell'alunno e il pediatra di riferimento. In una seconda fase l'infermiera care manager e l'Infermiera di Famiglia e Comunità (IFeC) programmano e organizzano corsi di formazione ad hoc per il personale scolastico sulla patologia e sui bisogni specifici di ogni singolo alunno, coinvolgendo i familiari e gli infermieri primary nurse che seguiranno l'alunno, il pediatra e gli eventuali esperti su tematiche clinico assistenziali. Questa esperienza ha messo in evidenza una sinergia ormai consolidata da diversi anni tra scuole, distretti sanitari e famiglie per una inclusione scolastica attraverso un processo che prevede, da un lato, la trasformazione delle scuole per renderle ambienti idonei all'accesso di tutti i ragazzi a prescindere dalle condizioni di salute e/o disabilità e dall'altro una nuova competenza sanitaria in capo ai distretti sanitari con la funzione del care management infermieristico e IFeC come snodo determinante per l'innescare di tale processo (FNOPI,2021).

*Progetto accompagnamenti*

**Obiettivi**

- Valutare in maniera multi professionale e proattivamente i soggetti affetti da demenza.
- Supportare i caregiver degli assistiti affetti da demenza.

Il team multiprofessionale, è coordinato da una cabina di regia, che indirizza e monitora nell'attuazione del progetto, ne coordina le attività, valuta gli interventi e i risultati raggiunti (Co-Progettazione). Il CM è inserito nel team ed è referente infermieristico per il progetto per la Centrale Operativa Territoriale. Durante la fase di sperimentazione vengono valutati 50 soggetti con demenza moderata identificati dal geriatra presso il centro della memoria, a cui verrà proposta una visita domiciliare da parte di un IFeC della COT, un'assistente sociale del territorio, dalla terapeuta occupazionale dell'Associazione Malattia di Alzheimer di Biella che insieme all'assistito e i loro caregiver concordano quale tipo di azioni possono essere utili per supportare in base ai bisogni rilevati. È prevista anche una rivalutazione a sei mesi, se al momento della prima visita non sono state riscontrate particolari necessità. Da Gennaio 2024 ad oggi sono state effettuate 27 valutazioni e assegnati 20 budget di salute (Fondo elargito per l'acquisto di servizi socio sanitari di supporto, scelti da un catalogo scritto per questo progetto in collaborazione con enti gestori e terzo settore).

*Progetto Biella Disability*

**Obiettivi**

- Garantire l'advocacy dei disabili psichici.
- Prenderli in cura a casa.

Nel contesto del PDTA del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura degli assistiti con disabilità media, grave e gravissima che coinvolge diversi specialisti, il Care Manager garantisce la continuità di informazioni assistenziali tra i diversi servizi e in particolare con gli infermieri delle equipe domiciliari e gli altri servizi del territorio che necessitano di informazioni dettagliate per mettere comprendere come entrare in contatto fisico evitando il superamento del limite dell'intimità personale o, se è presente un caregiver, che può agevolare l'approccio o il superamento di paure legate alle tecniche della prestazione fornita. Il percorso comprende anche consulenze di infermieri esperti in vulnologia ed enterostomia o l'esecuzione di ECG paperless (progetto appena avviato).

**RISULTATI**

In questo articolo abbiamo scelto di dare risalto in termini quantitativi al numero di dimissioni e al numero di formazioni per l'inclusione scolastica riportati nella Tabella 1.

**Tabella 1** – Dati dimissioni e formazione scolastica anno 2023.

| <b>ANNO 2023 care management</b>                                                                                                       |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Dimissioni protette                                                                                                                    | n 1483        |
| Dimissioni con attivazione di Assistenza Domiciliare Integrata Servizio Infermieristico Domiciliare Servizio Assistenziale Domiciliare | n 1052        |
| Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria CAVS                                                                                      | n 261         |
| Pronto soccorso                                                                                                                        | n 526         |
| Formazioni per inclusione scolastica                                                                                                   | n 323         |
| <b>Totale casi gestiti dai CM</b>                                                                                                      | <b>n 3645</b> |

In Azienda Sanitaria di Biella, l'evoluzione delle competenze infermieristiche come da modello IPASVI (IPASVI, 2015) con l'implementazione del care management, del Primary Nursing del Chronic Care Model e dell'Infermieristica di Comunità e Famiglia e di altri "specialisti" hanno apportato il valore aggiunto nell'assistenza, rappresentando una realtà a cui sono riconosciute eccellenze di buone pratiche.

**CONCLUSIONI**

La gestione dei casi viene adottata a livello nazionale e internazionale come un modo per migliorare i risultati sanitari correlati a malattie complesse, malattie croniche multiple e supporto familiare o sociale. Le malattie croniche sono in aumento, la popolazione di persone di età pari o superiore a 65 anni raddoppierà in tutto il mondo, raggiungendo 1,6 miliardi entro il 2050. A complicare ulteriormente questo quadro di aumento delle malattie croniche e dell'invecchiamento ci sono i cambiamenti nella struttura familiare, con un aumento della solitudine e della mancanza di caregiver. Continuare a definire il ruolo del *care manager* e valutare gli outcome sull'assistenza e sui risparmi, è di fondamentale importanza (Harris et al 2019). Una ricerca nazionale (Cerismas, 2015) identificava il *care manager* come la figura infermieristica emergente e come un importante agente di cambiamento negli assetti organizzativi del mondo sanitario in un'ottica *patient centered*. L'attuale riorganizzazione nazionale dei servizi socio sanitari offre grandi opportunità per costruire nuove configurazioni della rete dei servizi di prossimità (Casa della Comunità,

Ospedale di Comunità, COT, ecc.), valorizzando gli aspetti di integrazione, e dove l'infermiere care manager sarà investito di autonomia professionale attraverso cui dimostrare il valore intellettuale della professione. La Di.p.Sa dell'ASLBI ha avuto una visione lungimirante di questo ruolo in cui ha creduto ed ha continuato ad investire in termini di potenziamento delle risorse umane e nella valorizzazione delle competenze acquisite. Il grande punto di forza degli infermieri *care manager* di Biella è rappresentato da un notevole bagaglio esperienziale trasversale che associato alla continua formazione li ha resi dei facilitatori, non solo a favore degli assistiti e delle loro famiglie, ma anche un punto di riferimento per i colleghi e un "pass partout" nelle situazioni di criticità e complessità multi professionali tra ospedale e territorio. Ai care manager in futuro potrebbe essere riconosciuta la posizione organizzativa o professionale ad "elevata complessità" come stabilito dal sistema di classificazione del CCNL 2019-2021 sanità' (Gazzetta Ufficiale, 2023), in base alla formazione post base posseduta e al ruolo di elevato contenuto professionale specialistico e di coordinamento di processi articolati di significativa importanza e responsabilità.

### **Conflitto di interessi**

Tutti gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi. Tutti gli autori dichiarano di aver contribuito alla realizzazione del manoscritto e ne approvano la pubblicazione.

### **Finanziamenti**

Gli autori dichiarano di non avere avuto alcuna forma di finanziamento.

### **Ringraziamenti**

Si ringraziano la DI.P.Sa, i RAD, i coordinatori infermieristici, gli IFeC, gli infermieri PN, i Medici di ospedale e territorio e tutti i professionisti socio-sanitari per la collaborazione e condivisione giornaliera a favore degli assistiti.

### **Bibliografia**

- Croso, A. (2014). Dimissioni difficili: dalla rilevazione di criticità alla costruzione di un'opportunità, il Care manager. *Fnopi L'infermiere*, n. 3 (2014). Disponibile a: <https://www.infermiereonline.org/2014/07/29/dimissioni-difficili-dalla-rilevazione-di-criticita-alla-costruzione-di-unopportunita-il-care-manager/> [Consultato il 9 novembre 2024].
- Baraldi, S., Cicchetti, A., Cifalinò, A. e Mascia, D. (2015). *Innovazione organizzativa e ruoli emergenti in sanità. Le sfide per i professionisti della salute*. Milano: McGraw-Hill Education. Secondo Welfare. (2024).
- Anziani fragili e non autosufficienti nel Biellese: sfide e opportunità tra tradizione e innovazione (III Rapporto Annuale). Biella. Disponibile su: <https://www.secondowelfare.it/studio/anziani-fragili-e-non-autosufficienti-nel-biellese-sfide-e-opportunita-tra-tradizione-e-innovazione-2/> [Consultato il 9 novembre 2024].
- ARAN. (2018). Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto Sanità - Periodo 2016-2018. [online] Disponibile su: [\[https://www.aranagenzia.it/\]](https://www.aranagenzia.it/) [Consultato il 9 novembre 2024].
- Whyte, S. (2000). The specialist nurse: a classification system. *Contemporary Nurse*, 9(1), pp. 6-15. doi:10.5172/conu.2000.9.1.6.
- IPASVI. Evoluzione delle competenze infermieristiche. Documento approvato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI con delibera n. 79 del 25 aprile 2015 (14 pagine). [online] Disponibile su: [Inserisci qui l'URL specifico del documento se lo hai] [Consultato il 9 novembre 2024].
- Harris, R. C. e Popejoy, L. L. (2019). Case Management: An Evolving Role. [WWW Document], Disponibile su: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0193945918797601> [Consultato il 9 novembre 2024].
- Regione Piemonte. (2014). Supp. n. 1 al B.U. n. 25. [WWW Document], Disponibile su: <https://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2014/25/suppo1/00000073.htm> [Consultato il 9 novembre 2024].
- ARAN. (2022). CCNL del Comparto Sanità triennio 2019-2021. [online] Disponibile su: <https://www.aranagenzia.it/contrattazione/comparti/comparto-della-sanita/contratti/13194-ccnl-2019-2021-del-comparto-sanita.html> [Consultato il 9 novembre 2024].
- ISTAT:(2024) [Popolazione residente nella Provincia di Biella 1 Gennaio 2024] [sito ISTAT tabella popolazione residente sul territorio della Provincia di Biella al 1 Gennaio 2024] disponibile all'indirizzo [ <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=18460#> ] [consultato il 9 novembre 2024].
- Fondazione Cassa di Risparmio di Biella. IV Rapporto Annuale OsservaBiella 2024: Analisi dei bisogni della comunità biellese alla luce degli obiettivi dell'Agenda 2030 dell'ONU. Biella, 2024 disponibile su: [https://www.osservabiella.it/wp-content/uploads/2024/10/RAPPORTO\\_ANNUALE\\_2024\\_OsservaBiella.pdf](https://www.osservabiella.it/wp-content/uploads/2024/10/RAPPORTO_ANNUALE_2024_OsservaBiella.pdf) [consultato a Dicembre 2024].

- PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) (2022). Cronicità e stili di vita in Piemonte. PASSI report 2022. [Online]. Disponibile a: [Cerca "PASSI report 2022 Piemonte" sul sito Epicentro ISS] [Consultato il 9 novembre 2024].
- Ministero della Salute - Ex Direzione generale della programmazione sanitaria Ufficio 6. (2024). Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2022. ISBN 9791280892073. [Online] Disponibile a: [\[https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3441\\_allegato.pdf\]](https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3441_allegato.pdf)
- Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte (USR Piemonte) e Regione Piemonte (2014). Approvazione del protocollo d'intesa fra l'U.S.R. per il Piemonte del M.I.U.R. e la Regione Piemonte recante "Sinergie istituzionali per il diritto allo studio delle alunne e degli alunni affetti da patologie croniche che comportano bisogni speciali di salute in orario scolastico/formativo". [Tipo di documento: Protocollo d'Intesa]. [Consultato il 9 novembre 2024].
- Stampa e comunicazioni Secondo Congresso FNOPI (2021). Le buone pratiche premiate: Una nuova realtà di care management infermieristico e di infermieristica di famiglia e comunità negli scenari di assistenza sul territorio per gli alunni con patologie croniche nelle scuole del biellese. [Tipo di pubblicazione: Presentazione/Abstract/Comunicazione a Congresso] [Consultato il 9 novembre 2024].
- Ce.Ri.S.Ma.S. (Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario). (2015). NURSE: L'identikit dei nuovi manager infermieristici. Università Cattolica del Sacro Cuore. [Online] Disponibile a: [\[https://www.fnopi.it/archivio\\_news/pagine/95/8%20-%20Comunicato%20stampa%2019%20febbraio%202015.pdf\]](https://www.fnopi.it/archivio_news/pagine/95/8%20-%20Comunicato%20stampa%2019%20febbraio%202015.pdf) [Consultato il 9 novembre 2024].
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. (2023). Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) del Comparto Sanità - Triennio 2019-2021. Serie Generale, n. 19 del 24 gennaio 2023, S.O. n. 5.[Consultato il 9 novembre 2024].