



Online ISSN 3035-5184

**NURSE PRACTITIONER**

SELF EMPLOYMENT

**RICERCA  
INFERMIERISTICA  
2025 Volume 1**

**WWW.NPSNURSE.IT**

*Publication frequency: Quarterly*

**NPS NURSE Editorial Office**

*Via Giosue Carducci 8, 83100 Avellino, Italy*

*info@npsnurse.it*

# Implementazione della Teleassistenza e Ruolo dell'Infermiere di Comunità nell'ASL Avellino

## A cura di:

**Dr.ssa Annamaria Garofalo**, *Infermiera presso A.O.R.N. San Giuseppe Moscati e docente del modulo SSD MED/47 - Infermieristica in Ostetricia e Ginecologia presso Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"*

**Dr. Alfonso Marotta**, *Amministrativo presso A.S.L. di Avellino, U.O.C. Farmacia Territoriale. Dottore in Scienze Economiche e, Manager del Welfare Territoriale.*

Annamaria Garofalo



<https://orcid.org/0009-0003-4572-0730>

Infermiera presso A.O.R.N. San Giuseppe Moscati

SSDMED/47-Infermieristica in Ostetricia e Ginecologia presso Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"

Alfonso Marotta



<https://orcid.org/0009-0009-6348-1247>

## **Review article**

**DOI: [10.63099/nps.v1i2.18](https://doi.org/10.63099/nps.v1i2.18)**

**Published online: 20.01.2025**

***This article is licensed under the Creative Commons Attribution – Non Commercial - No Derivatives 4.0 (CC BY NC ND 4.0) international license.***

## Introduzione

L'assistenza territoriale sta vivendo una fase di profonda trasformazione, spinta dalla necessità di prendersi cura in modo più efficace di una popolazione sempre più anziana e affetta da patologie croniche. In particolare, la **teleassistenza** – intesa come l'erogazione a distanza di interventi socio-sanitari – e la figura emergente dell'**infermiere di famiglia e di comunità** sono al centro di nuove strategie per rafforzare la sanità sul territorio. In Campania, e nell'ASL di Avellino in particolare, queste innovazioni mirano a garantire continuità assistenziale ai pazienti nel proprio domicilio, riducendo gli spostamenti non necessari verso le strutture sanitarie e migliorando la qualità di vita degli assistiti fragili (Report) ( Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino ). Nel presente lavoro si analizzano dati ed esperienze locali, documenti ufficiali e casi studio relativi all'implementazione della teleassistenza e al ruolo dell'infermiere di comunità nell'ASL Avellino, proponendo un modello operativo pratico e contestualizzato. Si esaminano inoltre il contesto normativo (regionale e nazionale), i progetti sperimentali già avviati, le buone pratiche emerse e le criticità riscontrate, con una struttura espositiva tipica di una pubblicazione scientifica (Introduzione, Contesto Normativo, Analisi delle Esperienze Locali, Proposta di Modello Operativo, Discussione, Conclusioni).

## Contesto normativo

A livello nazionale, il rafforzamento dell'assistenza territoriale e l'introduzione di strumenti di telemedicina e nuove figure professionali sono sostenuti da recenti riforme normative. Già nel 2020, in risposta all'emergenza pandemica, il **Decreto "Rilancio" (DL 34/2020 convertito in L.77/2020)** ha previsto il finanziamento di migliaia di nuovi infermieri di famiglia e comunità (circa uno ogni 6.000 abitanti) per potenziare le cure primarie domiciliari. Successivamente, il **Decreto Ministeriale 77/2022** ha definito modelli e standard per l'assistenza territoriale su tutto il territorio nazionale, indicando come standard la presenza di **un infermiere di famiglia o comunità ogni 3.000 abitanti** ([PDF] DM 77/2022 - Note - CNOAS). Questa figura professionale viene descritta come punto di riferimento infermieristico per la comunità, attiva a diversi livelli di complessità assistenziale e in collaborazione con tutti i professionisti presenti sul territorio (DM 77/2022: NUOVI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN - fnopi). Contestualmente, a dicembre 2020 la Conferenza Stato-

Regioni ha approvato linee guida nazionali per la telemedicina, poi integrate dal **Decreto del Ministero della Salute del 30/09/2022**, che ha disciplinato criteri e procedure per lo sviluppo dei servizi di telemedicina su scala nazionale . In tali documenti vengono definite varie tipologie di servizi telematici: dalla **televisita** e **teleconsulto** (già ampiamente utilizzati durante la pandemia) fino al **telemonitoraggio** e alla **teleassistenza** domiciliare, delineandone standard operativi e tariffari.

A livello regionale, la Campania ha recepito queste indicazioni nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (**PNRR**, Missione 6 – Salute). La **D.G.R. n. 249/2022** della Giunta Regionale Campania ha approvato il Piano Operativo per l’attuazione degli investimenti PNRR in sanità territoriale, che prevede la realizzazione di 169 **Case della Comunità**, 58 **Centrali Operative Territoriali (COT)** e 45 **Ospedali di Comunità** sull’intero territorio regionale (Deliberazione N). Tali strutture rappresentano l’ossatura della “nuova” sanità territoriale: le Case della Comunità come poli di riferimento aperti 7 giorni su 7 per i cittadini, le COT come centrali di coordinamento (anche per la telemedicina) e gli Ospedali di Comunità come strutture intermedie per ricoveri brevi non gestibili a domicilio. In parallelo, con la **D.G.R. n. 378 del 29/06/2023** la Campania ha adottato il “*Modello Organizzativo Regionale della Telemedicina*”, che prevede l’implementazione di un’unica piattaforma tecnologica regionale per tutti i servizi di telemedicina (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza) . In questo modello, il servizio di **teleassistenza** è definito in modo specifico: “*il paziente con un piano di assistenza domiciliare interagisce a distanza con il professionista sanitario che svolge l’attività ed ha la possibilità di condividere dati, referti ed immagini*” . Ciò implica che la teleassistenza si integri strettamente con le cure domiciliari già in essere, fornendo un canale di comunicazione continuo paziente-operatore. La Regione ha inoltre aderito alle iniziative nazionali coordinate (gare consortili tra regioni) per l’acquisizione di soluzioni di telemonitoraggio e teleassistenza, in ottemperanza al DM 30/09/2022 .

In Campania, specificamente sul versante dell’infermieristica di comunità, va segnalata la recente proposta di legge regionale (presentata a gennaio 2025) dedicata all’**Infermiere di Famiglia e di Comunità**. L’iniziativa, promossa dal Presidente della Commissione Sanità del Consiglio Regionale (On. Enzo Alaia) e sostenuta dall’Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Avellino, mira a istituzionalizzare e valorizzare questa figura in tutta la regione (

Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino ). Gli obiettivi principali del disegno di legge includono l'attivazione di **servizi infermieristici di comunità in ogni Distretto sanitario e in ciascuna Casa della Comunità**, con l'obiettivo di facilitare l'accesso alle cure sul territorio, ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso e limitare le ospedalizzazioni evitabili ( Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino ). Inoltre, si propone di garantire **cure domiciliari gratuite** a tutti i cittadini in condizioni di bisogno, come pilastro di equità e inclusione sociale ( Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino ). Questa mossa normativa regionale, se approvata, fornirà un ulteriore quadro di riferimento ufficiale per l'ASL Avellino nell'organizzazione dei servizi sul territorio, allineando le iniziative locali alle strategie nazionali e regionali.

## **Analisi delle esperienze locali**

Nel contesto dell'ASL di Avellino e, più in generale, della Campania, si registrano diverse esperienze e progetti pilota che hanno anticipato o accompagnato l'introduzione della teleassistenza e dell'infermieristica di comunità. Di seguito si presentano alcune iniziative significative (riassunte anche nella **Tabella 1**), evidenziandone finalità, risultati e lezioni apprese.

### **Teleassistenza domiciliare: Progetto “Telecoma”**

Una delle prime esperienze di teleassistenza nell'Avellinese risale al 2012 con il progetto **“Telecoma”**, promosso dall'associazione onlus “Gli Amici di Eleonora” in collaborazione con la UIL di Avellino e con il sostegno della Regione Campania. Questo progetto era rivolto a pazienti in stato vegetativo persistente o con gravi cerebrolesioni, assistiti a domicilio . L'iniziativa ha implementato un sistema di monitoraggio a distanza H24: presso le abitazioni di 10 pazienti sono state installate postazioni telematiche collegate a un server centrale e a un call-center attivo 24/7, con possibilità di allertare tempestivamente i soccorsi (anche tramite il coinvolgimento della Croce Rossa)<sup>1</sup>. Attraverso la teleassistenza, i familiari potevano contare su un supporto continuo e su interventi terapeutici appropriati senza spostare il paziente, mentre un'équipe multidisciplinare (infermieri, medici, terapisti) poteva supervisionare da remoto i parametri clinici e le condizioni dell'assistito. Il progetto, patrocinato dalle istituzioni locali e regionali, ha rappresentato una **best practice pionieristica** nel campo dell'assistenza domiciliare tecnologicamente assistita in Campania, evidenziando benefici quali: maggiore sicurezza percepita dalle famiglie, riduzione dei ricoveri d'urgenza e creazione di una rete solidale attorno al paziente fragile . Tra le criticità emerse vi sono stati i costi di implementazione tecnologica e la necessità di formare adeguatamente sia il personale sia i caregiver all'uso degli strumenti telematici.

### **Telemedicina per le aree interne dell'Irpinia**

L'ASL di Avellino ha partecipato attivamente anche a progetti di telemedicina orientati a migliorare l'assistenza nelle aree rurali dell'Irpinia, caratterizzate da bassa densità abitativa e

---

<sup>1</sup> Ad Avellino il progetto Telecoma - Orticalab.it

da difficoltà di accesso ai servizi specialistici. Nell’ambito della Strategia Nazionale Aree Interne (SNAI), è stato sviluppato un **progetto di teleradiologia** volto a connettere in rete i presidi ospedalieri periferici con l’ospedale hub provinciale. Questo progetto ha portato alla realizzazione di un’infrastruttura informatica che collega l’Ospedale “Frangipane” di Ariano Irpino e altri presidi territoriali con l’Azienda Ospedaliera Moscati di Avellino, consentendo la refertazione a distanza degli esami diagnostici per immagini . Con un investimento di circa 1 milione di euro (fondi SNAI), la rete di teleradiologia ha migliorato significativamente i tempi di risposta diagnostica nelle zone disagiate e ridotto la necessità per i pazienti di trasferimenti verso il capoluogo. Sempre nell’Alta Irpinia, presso la Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS) di Bisaccia, l’ASL AV ha attivato nel 2019-2020 uno dei primi **Ospedali di Comunità** della regione, con 20 posti letto dedicati a ricoveri brevi per pazienti stabilizzati o cronici riacutizzati. Contestualmente, è stata istituita un’**Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)** per il coordinamento dell’assistenza primaria nel Distretto di Sant’Angelo dei Lombardi. Queste strutture – pur non essendo in sé progetti di teleassistenza – costituiscono elementi chiave dell’assistenza territoriale integrata, all’interno dei quali la telemedicina e la figura dell’infermiere di comunità trovano collocazione naturale (es. follow-up da remoto dei pazienti dimessi dall’Ospedale di Comunità, gestione condivisa del paziente cronico tra UCCP e teleassistenza).

### **Progetti pilota sull’Infermiere di Comunità in Campania**

Prima ancora della formalizzazione normativa recente, la figura dell’infermiere di comunità è stata oggetto di **sperimentazioni locali** in Campania. In provincia di Benevento, ad esempio, nell’ambito dei progetti SNAI per le aree interne del Fortore, l’ASL BN ha avviato la sperimentazione di un servizio di “Infermiere di comunità” con l’obiettivo di **decentrare l’assistenza sanitaria** e avvicinarla ai bisogni delle popolazioni rurali. Il progetto, con un finanziamento dedicato (circa €767.000) , ha previsto l’impiego di infermieri sul territorio comunale con il compito di seguire gli anziani fragili a domicilio, promuovere l’educazione sanitaria e fare da collegamento tra i pazienti e i servizi (medici di base, specialisti, servizi sociali). Tale *modello di sperimentazione* si inserisce in un più ampio processo di riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, che sposta il baricentro dall’ospedale al territorio e alle cure primarie . Analogamente, nell’ASL Salerno (area del Cilento interno), un

progetto pilota finanziato dalla SNAI ha introdotto l'**Infermiere di Famiglia e di Comunità** in alcuni comuni montani, con l'intento di rafforzare l'assistenza domiciliare agli anziani e ai malati cronici isolati. La **Scheda Progetto 6.1 "Infermiere di Famiglia e di Comunità"** per l'ASL Salerno, ad esempio, descrive l'infermiere di comunità come colui che *"svolge attività anche a domicilio della persona e della sua famiglia, con funzione di raccordo tra l'anziano e/o il malato cronico e la rete dei diversi professionisti della sanità, al fine di migliorare la qualità di vita e diminuire i casi di cronicizzazione e ospedalizzazione"*. I risultati preliminari di queste esperienze sono incoraggianti: si registra un miglioramento nella **presa in carico proattiva** dei pazienti fragili, un aumento dell'adesione ai programmi di prevenzione e una riduzione di accessi impropri agli ospedali (grazie alla gestione tempestiva di problemi sanitari minori sul territorio). Tuttavia, sono emerse anche sfide importanti, come la necessità di integrazione effettiva dell'infermiere di comunità nel team multiprofessionale distrettuale (medici di medicina generale, assistenti sociali, specialisti, farmacisti) e l'esigenza di chiarire i percorsi operativi e le responsabilità di questa figura per evitare sovrapposizioni con altri servizi (ad esempio l'assistenza domiciliare integrata tradizionale).

**Tabella 1.** *Principali progetti e iniziative su teleassistenza e infermieristica di comunità in Campania (con focus su Avellino e aree interne)*

Progetto/Iniziativa	Promotori	Periodo	Descrizione e Obiettivi	Riferimenti
<b>Telecoma (Teleassistenza per pazienti in coma)</b>	Ass. "Amici di Eleonora" ONLUS, UIL Avellino (Patrocinio Regione)	2012- 2014	Teleassistenza domiciliare per pazienti in stato vegetativo o post-comatoso. Installazione di postazioni di monitoraggio a casa di 10 pazienti, collegate a un server centralizzato e call center H24. Obiettivo: garantire sorveglianza continua, supporto alle famiglie e intervento	Relazione Orticalab (2012)

Progetto/Iniziativa	Promotori	Periodo	Descrizione e Obiettivi	Riferimenti
			tempestivo in caso di necessità .	
<b>Rete di Teleradiologia ASL Avellino</b>	ASL Avellino (Fondi Strategia Aree Interne)	2018-2022	Implementazione di una rete telematica per la refertazione a distanza degli esami radiologici. Collegamento dei presidi ospedalieri distrettuali con l'Ospedale Moscati di Avellino, per ridurre i tempi di diagnosi e gli spostamenti dei pazienti. Progetto completato con successo (infrastruttura funzionante dal 2022) .	Rapporto Aree Interne (Campania)
<b>Infermiere di Comunità – Progetto pilota Fortore (BN)</b>	ASL Benevento (Progetto Sperimentale SNAI)	2019-2021	Sperimentazione di un modello di infermieristica di comunità in comuni rurali del Fortore. Infermieri dedicati alla popolazione locale (visite domiciliari, educazione sanitaria, follow-up cronici). Obiettivo: avvicinare i servizi sanitari alla popolazione e ridurre l'ospedalizzazione	Report Regione Campania Aree Interne

Progetto/Iniziativa	Promotori	Periodo	Descrizione e Obiettivi	Riferimenti
			attraverso la prevenzione e il monitoraggio continuo .	
<b>Infermiere di Famiglia e Comunità – Cilento (SA)</b>	ASL Salerno (Progetto SNAI “Pilota”)	2020-in corso	Introduzione dell’Infermiere di Famiglia e Comunità in Distretti dell’area cilentana. L’infermiere opera sul territorio (ambulatorio di comunità e domicilio pazienti) come raccordo tra anziani/malati cronici e servizi sanitari. Obiettivo: migliorare la qualità di vita, evitare aggravamenti e ridurre ricoveri evitabili .	Documento Regione (Scheda 6.1)
<b>Piattaforma regionale di Telemedicina (Televisita, Teleassistenza, Telemonitoraggio)</b>	Regione Campania (PNRR M6 Salute) + ASL campane	2023-in corso	Implementazione di un sistema informatico unificato per l’erogazione di servizi di telemedicina su scala regionale. Già attivi i servizi di Televisita e Teleconsulto; in fase di attivazione Telemonitoraggio e Teleassistenza per pazienti con patologie croniche e in assistenza domiciliare (Report) . Obiettivi: creare un	Piano Operativo Telemedicina Campania (Report) (Report); DGR 378/2023

Progetto/Iniziativa	Promotori	Periodo	Descrizione e Obiettivi	Riferimenti
			“unico servizio regionale” di telemedicina, integrato con i sistemi sanitari esistenti, per raggiungere pazienti fragili a domicilio e nelle zone remote, migliorando accessibilità e continuità di cura (Report).	

### **Proposta di modello operativo per l’ASL Avellino**

Sulla base del contesto delineato e delle esperienze analizzate, si propone un **modello operativo integrato** per l’implementazione della teleassistenza e dell’infermieristica di comunità nell’ambito territoriale dell’ASL di Avellino. Il modello tiene conto delle specificità locali (orografiche, demografiche e organizzative) e mira a ottimizzare le risorse disponibili, in linea con le indicazioni normative regionali e nazionali.

### **Struttura organizzativa proposta:**

- **Centrale Operativa Territoriale (COT) provinciale:** Attivazione (o potenziamento, se già esistente) di una COT a livello ASL dedicata al coordinamento h24 dei servizi territoriali. Questa centrale funge da *hub* per la teleassistenza, con personale infermieristico e di supporto informatico incaricato di monitorare le piattaforme di telemedicina. La COT riceve le richieste di teleassistenza dai pazienti/caregiver, smista le segnalazioni di allarme dai sistemi di telemonitoraggio e garantisce il raccordo con medici di continuità assistenziale, 118 e specialisti in caso di necessità. In pratica, la COT rappresenta il “cuore” tecnologico e organizzativo del sistema, assicurando che nessuna chiamata o alert rimanga senza risposta.
- **Equipe dell’Infermieristica di Comunità per Distretto:** In ciascuno dei Distretti sanitari dell’ASL Avellino, si istituisce un’équipe di Infermieri di Famiglia e Comunità. Il team opera in parte nelle **Case della Comunità** (ambulatori infermieristici di comunità)

e in parte in modalità itinerante sul territorio (visite domiciliari programmate). Ogni infermiere di comunità viene assegnato a un *bacino di utenza definito* (ca. 3.000-5.000 abitanti), in coerenza con gli standard previsti ([PDF] DM 77/2022 - Note - CNOAS), e lavora a stretto contatto con i Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) della zona. Tra i suoi compiti principali vi sono: **valutazione dei bisogni domiciliari**, **educazione sanitaria** (gestione della terapia, prevenzione delle complicanze), **supporto nell'aderenza ai piani di cura**, e soprattutto **sorveglianza proattiva** di anziani soli e pazienti cronici fragili. L'infermiere di comunità, inoltre, svolge un ruolo di *collegamento attivo* con gli altri servizi: segnala al medico curante peggioramenti clinici riscontrati in teleassistenza, attiva l'assistente sociale se rileva bisogni socio-familiari, coinvolge lo specialista territoriale o la farmacia dei servizi quando necessario, secondo un approccio multidisciplinare.

- **Integrazione Teleassistenza – Intervento domiciliare:** Il modello prevede che ogni paziente ad alto rischio o con patologia cronica complessa abbia un “*Piano di Assistenza Individuale*” (PAI) predisposto dal team distrettuale (MMG, infermiere di comunità, specialista se presente). Nel PAI vengono definite le modalità di teleassistenza: ad esempio, **contatti settimanali via teleconsulto/videochiamata** tra infermiere e paziente per monitorare l'andamento clinico, oppure rilevazioni quotidiane di parametri vitali tramite kit di telemonitoraggio domiciliare (es. saturimetro, misuratore di pressione connesso) con trasmissione automatica dei dati alla piattaforma regionale. In base al livello di bisogno, l'infermiere di comunità potrà alternare interventi **in presenza** (visite domiciliari periodiche, es. una volta al mese o più spesso se necessario) a interventi **da remoto** (controllo dei valori trasmessi, telefonate di check-up, video-visite di controllo). Questa sinergia permette di unire la **vicinanza fisica** – indispensabile per alcune prestazioni come prelievi, medicazioni, valutazioni ambientali – con la **vicinanza virtuale** continua offerta dalla teleassistenza. In caso di allerta sul telemonitoraggio (es. picchi ipertensivi, aritmie rilevate, iperglicemie fuori soglia), la COT allatterà immediatamente l'infermiere di comunità e il medico di riferimento, attivando se necessario una visita a domicilio straordinaria o il trasferimento protetto verso l'ospedale (mediante il 118), a seconda della gravità.

- **Piattaforma e strumenti:** L'ASL Avellino adotterà la **piattaforma unificata regionale di telemedicina** già in fase di implementazione , integrandola con i sistemi informativi aziendali (es. fascicolo sanitario elettronico regionale, software dei medici di base) per avere una condivisione bidirezionale delle informazioni cliniche. Agli infermieri di comunità verranno forniti **device portatili** (tablet o smartphone aziendali) con accesso sicuro all'applicativo di teleassistenza, attraverso cui potranno: visualizzare le schede paziente, effettuare o ricevere videochiamate, registrare dati clinici rilevati a domicilio, e consultare in tempo reale i referti o gli esiti degli esami del paziente. I pazienti e i caregiver, dal canto loro, verranno dotati – se necessario – di kit di telemonitoraggio semplici da usare (certificati medicali, conformi agli standard nazionali) e di un **numero di contatto dedicato** (numero verde ASL) per richiedere assistenza telematica o telefonica. Per le fasce di popolazione meno avvezze alla tecnologia (ad esempio ultraottantenni soli), il coinvolgimento di **caregiver formali o informali** sarà fondamentale: il modello prevede sessioni di formazione di base per familiari, badanti o volontari sulle procedure di teleassistenza (come misurare un parametro e inviarlo, come avviare una videochiamata, etc.). In aggiunta, si potranno identificare nei vari comuni degli **“sportelli di comunità”** (ad esempio presso le farmacie di comunità o municipi) dove personale di supporto potrà assistere gli anziani nell'utilizzo degli strumenti telematici, riducendo il digital divide.
- **Coinvolgimento della comunità e continuità assistenziale:** Il modello operativo proposto enfatizza il concetto di *rete*, non solo tecnologica ma anche comunitaria. Si incoraggia la collaborazione con il **volontariato locale** (es. associazioni di pazienti, Protezione Civile, Croce Rossa) per intercettare bisogni non espressi e favorire l'adesione dei cittadini ai nuovi servizi. Ad esempio, volontari opportunamente formati potrebbero affiancare l'infermiere di comunità nelle visite a domicilio in aree remote, sia come facilitatori logistici sia per offrire sostegno psicologico e sociale al paziente. Inoltre, è prevista la **continuità ospedale-territorio**: i pazienti dimessi dagli ospedali dell'ASL (o dall'Ospedale di Comunità di Bisaccia) con necessità di follow-up verranno segnalati immediatamente alla COT e presi in carico dall'infermiere di comunità entro 24-48 ore dalla dimissione (*dimissione protetta*). In questo modo, la teleassistenza

post-ricovero potrà prevenire ricadute o complicanze, con check telefonici o telematici giornalieri nella prima settimana e poi a scalare.

### **Aspetti operativi e protocolli:**

Per rendere effettivo il modello, l'ASL Avellino dovrà dotarsi di **protocolli operativi dettagliati**. Ad esempio: un protocollo per l'arruolamento dei pazienti in teleassistenza (criteri di inclusione: pazienti ADI – Assistenza Domiciliare Integrata di livello elevato, pazienti con scompenso cardiaco, BPCO severa, diabete complesso, esiti di ictus, ecc.), un protocollo per la gestione delle allerte cliniche provenienti dal telemonitoraggio (con algoritmi di escalation: dal contatto telefonico fino all'attivazione del 118), e linee guida per la tutela della privacy dei dati raccolti (rispettando il GDPR e le normative vigenti sulla sanità digitale). Inoltre, sarà essenziale prevedere momenti di **audit periodico** e monitoraggio degli esiti: indicatori chiave potranno includere il numero di pazienti seguiti in teleassistenza, la frequenza di utilizzo del servizio, la riduzione di accessi al Pronto Soccorso per quei pazienti, il tasso di ospedalizzazione ed eventuali feedback di soddisfazione raccolti tramite survey.

### **Discussione**

L'implementazione del modello proposto nell'ASL di Avellino presenta molteplici vantaggi e alcune sfide, che meritano di essere discussi alla luce delle esperienze pregresse e delle evidenze disponibili.

**Benefici attesi:** In primo luogo, la combinazione di teleassistenza e infermieristica di comunità permette di **estendere la copertura assistenziale** sull'intero territorio provinciale, superando le barriere geografiche. L'Irpinia, con le sue aree montane e paesi dispersi, potrà trarre enorme vantaggio da servizi a distanza che raggiungano il paziente a casa: come sottolinea la stessa Regione Campania, esistono *“diverse zone disagiate e difficilmente raggiungibili”* in cui strumenti come il teleconsulto e la televisita sono fondamentali per assicurare l'accesso alle cure (Report). Il nostro modello, integrando la teleassistenza con la presenza costante dell'infermiere di comunità, garantisce che anche in questi contesti nessun paziente venga lasciato solo: l'infermiere funge da “sentinella” locale, mentre la tecnologia colma le distanze. In secondo luogo, ci si aspetta un **miglioramento degli esiti di salute** per i pazienti cronici seguiti. Studi e case study internazionali indicano che la teleassistenza domiciliare può portare a un miglior controllo dei parametri clinici (es. migliore compenso pressorio nei pazienti ipertesi, riduzione di episodi di scompenso cardiaco acuto grazie al monitoraggio del peso e

dei sintomi) e a una diminuzione delle complicanze, perché i problemi vengono intercettati precocemente. L'infermiere di comunità, dal canto suo, potenziando l'educazione sanitaria e l'aderenza terapeutica, contribuisce a *"migliorare la qualità di vita e diminuire i casi di cronicizzazione e ospedalizzazione"* nei pazienti seguiti, come evidenziato nel progetto pilota salernitano. Un altro beneficio rilevante riguarda l'**appropriatezza nell'uso delle risorse sanitarie**: il filtro territoriale esercitato da teleassistenza + infermiere di comunità dovrebbe ridurre gli accessi impropri ai Pronto Soccorso e i ricoveri evitabili, come esplicitamente auspicato anche dalla proposta di legge regionale in Campania ( Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - [Ottopagine.it](http://Ottopagine.it) Avellino ). Ciò non solo migliora l'esperienza del paziente (che evita lunghe attese ospedaliere se non necessarie), ma consente al sistema sanitario di risparmiare risorse preziose, riducendo il sovraffollamento ospedaliero e liberando posti letto per i casi più gravi. Dal punto di vista organizzativo, l'adozione di una *piattaforma unificata regionale* facilita inoltre la **standardizzazione dei processi**: tutti gli operatori utilizzano gli stessi strumenti e protocolli, favorendo l'interoperabilità e la raccolta di dati omogenei. Questo potrà permettere all'ASL Avellino di monitorare con indicatori oggettivi l'andamento del servizio e confrontarsi con le altre ASL campane in un'ottica di benchmarking regionale.

### **Criticità e soluzioni possibili:**

Non mancano tuttavia le sfide e le possibili criticità nell'attuazione del modello. Una prima questione è il **digital divide**: una parte della popolazione anziana o con basso livello di alfabetizzazione digitale potrebbe incontrare difficoltà nell'utilizzare le tecnologie di teleassistenza. È fondamentale affrontare proattivamente questo problema attraverso formazione e supporto. Come previsto nel modello, il coinvolgimento di caregiver e la predisposizione di punti di assistenza sul territorio (es. farmacie di comunità) potranno mitigare tali difficoltà. Parallelamente, l'ASL dovrà investire in **usabilità delle soluzioni tecniche**: i dispositivi medici e le app fornite ai pazienti devono essere il più possibile semplici, affidabili e tarate sulle esigenze degli utenti fragili (ad esempio con interfacce chiare, tasti emergenza ben visibili, istruzioni multilingue se necessario). Un'altra criticità riguarda la **integrazione multiprofessionale**: l'introduzione di una nuova figura (l'infermiere di comunità) e di nuovi flussi di lavoro potrebbe inizialmente generare incertezze o resistenze tra gli operatori sanitari

tradizionali. È cruciale che l'implementazione avvenga in modo partecipativo, coinvolgendo sin dalle prime fasi i medici di base, i dirigenti dei distretti e gli altri attori, per definire chiaramente ruoli complementari e non sovrapponibili. Ad esempio, il MMG resta il clinico di riferimento che formula diagnosi e piani terapeutici, mentre l'infermiere di comunità ne è il braccio operativo sul territorio, con autonomia nell'ambito assistenziale infermieristico. Workshop multidisciplinari e momenti di confronto strutturati (anche sfruttando i "tavoli di lavoro" regionali sulla telemedicina e assistenza territoriale già attivati<sup>2</sup>) potranno favorire l'allineamento tra professionisti e la condivisione delle best practice. Dal punto di vista tecnico, **l'interoperabilità dei sistemi informativi** potrebbe rivelarsi complessa: bisognerà assicurarsi che la piattaforma di teleassistenza dialoghi efficacemente con il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale e con i gestionali già in uso presso l'ASL e i medici. Problemi di connettività internet nelle zone rurali rappresentano un ulteriore ostacolo potenziale; in tal senso, sarebbe opportuno coordinarsi con i piani di sviluppo della banda larga nelle aree interne (anche questi finanziati in parte dal PNRR) per garantire copertura sufficiente ovunque si attivi il servizio. Infine, ma non meno importante, c'è il tema della **sostenibilità economica e organizzativa**: dopo la fase di finanziamento straordinario PNRR (che coprirà acquisti di tecnologia e prime assunzioni), l'ASL dovrà assicurare risorse a regime per mantenere attivi i servizi di teleassistenza e per stabilizzare il personale infermieristico di comunità. Ciò implica pianificare sin d'ora il fabbisogno di personale (tenendo conto dei pensionamenti e del turnover) e valutare il ritorno dell'investimento in termini di costi evitati (ad esempio, un ricovero ospedaliero evitato grazie alla gestione domiciliare efficiente può compensare ampiamente il costo di un infermiere sul territorio). Studi economici sul telemonitoraggio di pazienti cronici hanno spesso dimostrato una riduzione dei costi totali di gestione del paziente, soprattutto se si considera un orizzonte pluriennale; tali evidenze dovranno essere adattate alla realtà locale per orientare le decisioni di politica sanitaria.

**Confronto con altre realtà:** Vale la pena notare che modelli simili di infermieristica di comunità supportata dalla telemedicina sono già operativi con successo in altre regioni italiane e in Paesi europei. Regioni come la Lombardia, il Veneto o l'Emilia-Romagna hanno lanciato negli ultimi anni programmi di "infermiere di famiglia" e telemonitoraggio di pazienti

---

<sup>2</sup> Congresso Laboratorio Sanità Campania | Bemar Italia a Napoli

cronici (ad esempio in ambito scompenso cardiaco o BPCO), riportando miglioramenti nell'aderenza terapeutica e soddisfazione dell'utenza. L'ASL Avellino potrebbe attingere a queste esperienze per ulteriori spunti, adattando però le soluzioni al contesto irpino. Un elemento chiave emerso altrove è l'importanza di **valutare gli esiti** (outcome) del modello: definire fin dall'inizio un disegno di valutazione (magari con il supporto di istituti di ricerca o dell'università locale) per monitorare indicatori di processo e di risultato, in modo da apportare correzioni di rotta guidate dai dati. Questo approccio trasformerebbe l'implementazione in Avellino in un vero e proprio *caso studio* replicabile anche in altre province campane, favorendo la diffusione di buone pratiche a livello regionale.

## **Conclusioni**

L'assistenza territoriale in Campania, e in particolare nell'ASL di Avellino, è all'alba di una **rivoluzione organizzativa** che vede nella teleassistenza e nell'infermiere di comunità due pilastri fondamentali. Dall'analisi condotta emerge che tali innovazioni, se ben strutturate e sostenute da adeguati riferimenti normativi, possono colmare gap storici nell'offerta sanitaria locale, garantendo cure più eque, continuative e centrate sul paziente. Il modello operativo proposto integra tecnologie digitali e prossimità umana: da un lato la piattaforma di telemedicina regionale consente di *“portare l'ospedale a casa del paziente”* tramite un semplice clic, dall'altro l'infermiere di comunità assicura una presenza attiva e rassicurante nei luoghi di vita, creando quel legame di fiducia indispensabile per il successo di ogni intervento di cura.

Le esperienze pregresse – dal progetto Telecoma all'infermieristica di comunità nelle aree interne – insegnano che i risultati migliori si ottengono quando innovazione tecnologica e capitale umano procedono insieme, sostenuti da una visione strategica comune. L'ASL Avellino ha l'opportunità, attraverso i fondi PNRR e il sostegno della Regione Campania, di costruire un sistema territoriale all'avanguardia, in cui **ogni paziente fragile sappia di poter contare 24 ore su 24 su una rete di supporto** composta da professionisti dedicati e strumenti telematici avanzati. Certo, le sfide non mancano: occorrerà monitorare attentamente l'implementazione, investire in formazione continua e mantenere alta l'attenzione sulla sostenibilità a lungo termine. Ma i potenziali benefici – in termini di salute della popolazione, efficienza del sistema e soddisfazione dei cittadini – rappresentano un forte incentivo a proseguire su questa strada.

In conclusione, l'integrazione della teleassistenza con il ruolo dell'infermiere di comunità nell'ASL di Avellino si configura non solo come una **proposta operativa concreta**, ma anche come un *modello di riferimento* per la sanità territoriale del futuro in contesti simili. La sua realizzazione potrà contribuire a una sanità più vicina alle persone, dove la tecnologia è al servizio della relazione di cura e dove “fare rete” assume un significato nuovo e virtuoso, con l'ospedale, il territorio e la comunità finalmente connessi in un unico percorso di salute.

### **Fonti e Riferimenti:**

- Deliberazione Giunta Regionale Campania n. 378/2023 – *“Modello Organizzativo Regionale della Telemedicina”* .
- Piano Operativo Servizi di Telemedicina – Scheda Regione Campania (Agenas, 2023) (Report) (Report).
- Strategia Nazionale Aree Interne – Relazione 2022, Regione Campania (progetti Infermiere di comunità e telemedicina in aree interne) .
- Proposta di Legge Regionale Campania su Infermiere di Famiglia e Comunità (2025) e comunicato OPI Avellino ( Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino ) ( Infermiere di Famiglia e di Comunità, OPI Avellino: "Cambiamento fondamentale" - Ottopagine.it Avellino ).
- Decreto Ministeriale 77/2022 – Standard per l’Assistenza Territoriale (Ministero Salute) ([PDF] DM 77/2022 - Note - CNOAS) (DM 77/2022: NUOVI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL’ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN - fnopi).
- Articoli e report locali: progetto “Telecoma” Avellino , rete di teleradiologia ASL AV , iniziative telemedicina in Campania.