

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 15 gennaio 2026, n. 1

Approvazione dello schema di Protocollo d'intesa tra la Regione Lazio, l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma e l'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Roma per rafforzare l'assistenza territoriale integrata ai sensi del DM 77/2022.

Oggetto: Approvazione dello schema di Protocollo d'intesa tra la Regione Lazio, l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma e l'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Roma per rafforzare l'assistenza territoriale integrata ai sensi del DM 77/2022.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA del Presidente;

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e s.m.i. recante *“Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”*;
- il Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale;
- le deliberazioni di Giunta regionale n. 203 del 24 aprile 2018, come modificata dalla D.G.R. n. 252 del 1° giugno 2018, e n. 306 del 19 giugno 2018, con le quali si è provveduto a effettuare una riorganizzazione generale dell'assetto amministrativo ed è stata istituita, tra le altre, la Direzione regionale Salute ed integrazione sociosanitaria;
- la deliberazione della Giunta regionale del 25 maggio 2023 n. 234 con la quale è stato conferito al dr. Andrea Urbani l'incarico di Direttore regionale della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria;
- l'atto di organizzazione n. G01930 del 23 febbraio 2024, con il quale è stata disposta la riorganizzazione delle strutture della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;
- l'atto di organizzazione n. G06669 del 31 maggio 2024 con cui è stato conferito alla Dott.ssa Floriana Rosati l'incarico di dirigente dell'Area Risorse Umane della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;

VISTO per quanto riguarda le norme in materia di contabilità e di bilancio:

- il Decreto Legislativo del 23 giugno 2011, n. 118, recante *“Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”* e successive modifiche;
- la legge regionale 12 agosto 2020, n. 11 recante: *“Legge di contabilità regionale”*;
- il regolamento regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: *“Regolamento regionale di contabilità”*, che, ai sensi dell'articolo 56, comma 2, della l.r. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all'articolo 55 della citata l.r. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima l.r. n. 11/2020;
- la Legge Regionale 31 dicembre 2025, n. 20 recante: *“Legge di stabilità regionale 2026”*;
- la Legge Regionale 31 dicembre 2025, n. 21 recante: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2026-2028”*;
- la Deliberazione del 30 dicembre 2025, n. 1338 recante: *“Riconnessione nell'ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. – Perimetro Sanitario – Esercizio Finanziario 2025”*;
- la Deliberazione 30 dicembre 2025, n. 1349 recante: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2026-2028. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese”*;
- la Deliberazione 30 dicembre 2025, n. 1350 recante: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2026 - 2028. Approvazione del "Bilancio finanziario gestionale", ripartito in*

capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”;

VISTI

- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421”;
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- il Decreto Legislativo 4 agosto 2016 n. 171 “Attuazione della delega di cui all’articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria”;
- il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.”;

CONSIDERATO che il summenzionato Decreto ministeriale al paragrafo 5 del relativo allegato 1 disciplina la Casa della Comunità come segue: “..La CdC, così definita, rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È, infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l’assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria. La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l’accesso, l’accoglienza e l’orientamento dell’assistito. La CdC è una fondamentale struttura pubblica del SSN. Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull’integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell’assistito..”;

VISTE le “Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub” redatto da un Gruppo di Lavoro istituito e coordinato dall’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – AGENAS;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n 643 del 26.7.2022 recante “Approvazione del documento “Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale 28 dicembre 2023, n. 976 recante “Adozione del Piano di programmazione dell’Assistenza territoriale 2024 – 2026.”, in cui è previsto, tra gli Obiettivi per la riorganizzazione e il potenziamento dell’assistenza primaria e delle continuità assistenziale, l’Obiettivo 1 “Implementazione delle Case della Comunità (CdC) (DM 77/2022)”, che indica quale “Azione 1” l’Adozione delle linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle CdC;

CONSIDERATO che il summenzionato Obiettivo indica altresì che “..Il funzionamento delle CdC deve essere omogeneo su tutto il territorio regionale, a garanzia di un’offerta uniforme ed equa di prestazioni alla popolazione residente, ivi inclusi gli interventi di prevenzione e promozione della salute; pertanto, saranno elaborate le indicazioni regionali che le ASL adotteranno nel regolamento di funzionamento”;

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale 20 giugno 2024, n. 416 “Linee di indirizzo regionali per l’Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)”;

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale 11 dicembre 2025, n. 1216 “Approvazione del "Modello Organizzativo Regionale per lo Sviluppo e implementazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali”;

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale 18 dicembre 2025, n. 1264, “Approvazione del documento "Linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle Case della Comunità”;

RITENUTO opportuno che le modalità operative di realizzazione del modello di assistenza territoriale in un’ottica di integrazione professionale siano condivise tra tutti gli attori sanitari coinvolti;

RITENUTO, pertanto, di approvare lo schema di protocollo d’intesa e il relativo allegato “a”, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, che disciplina la collaborazione istituzionale tra la Regione Lazio, l’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma e l’Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Roma per rafforzare l’assistenza territoriale integrata ai sensi del DM 77/2022;

DATO ATTO che il presente atto non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;

DELIBERA

Per le motivazioni su esposte, che integralmente si richiamano:

- di approvare lo schema di protocollo d’intesa e il relativo allegato “a”, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, che disciplina la collaborazione istituzionale tra la Regione Lazio, l’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma e l’Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Roma per rafforzare l’assistenza territoriale integrata ai sensi del DM 77/2022.

Il Protocollo sarà sottoscritto dal Presidente o da un suo delegato.

Il Direttore della Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria provvederà all’adozione di tutti gli atti connessi all’attuazione della presente deliberazione.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla pubblicazione ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi).

PROTOCOLLO D'INTESA

Tra

REGIONE LAZIO

con sede in Roma, Via Rosa Raimondi Garibaldi n. 7

C.F. 80143490581

rappresentata dal Presidente pro tempore

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA PROVINCIA DI ROMA
(OPI ROMA)

con sede in Roma

rappresentato dal Presidente pro tempore

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI ROMA
(OMCEO ROMA)

con sede in Roma

rappresentato dal Presidente pro tempore

VISTI

- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale;
- il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii.;
- il D.M. 23 maggio 2022, n. 77;
- il PNRR – Missione 6, Componente 1;
- le Deliberazioni e Determine attuative della Regione Lazio in materia di assistenza territoriale;
- il Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

PREMESSO CHE

- la Regione Lazio è titolare delle politiche sanitarie territoriali;
- l'OPI Roma rappresenta la professione infermieristica e promuove sviluppo scientifico e clinico;
- l'OMCEO Roma rappresenta i medici e promuove qualità e integrazione professionale;
- è necessario rafforzare la presa in carico territoriale integrata di persone con cronicità e bisogni complessi.

TUTTO CIÒ PREMESSO E CONSIDERATO, SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

Articolo 1 – Oggetto

Il presente Protocollo e l'Allegato "A", parte integrante e sostanziale del Protocollo d'Intesa, disciplina la collaborazione istituzionale tra Regione Lazio, OPI Roma e OMCEO Roma per rafforzare l'assistenza territoriale integrata ai sensi del DM 77/2022.

Articolo 2 – Finalità

Le Parti perseguono il miglioramento della continuità assistenziale, della qualità delle cure, della presa in carico proattiva e della riduzione degli accessi impropri in ospedale.

Articolo 3 – Impegni della Regione Lazio

La Regione Lazio assicura indirizzo, coordinamento, monitoraggio, definizione di indicatori e supporto alle strutture territoriali e Case della Comunità.

Articolo 4 – Impegni dell'OPI Roma

L'OPI Roma sostiene la piena operatività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità e promuove formazione, standard assistenziali e utilizzo di linguaggio infermieristico standardizzato.

Articolo 5 – Impegni dell'OMCEO Roma

L'OMCEO Roma sostiene il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Medici Specialisti Ambulatoriali Interni nella presa in carico integrata.

Articolo 6 – Strumenti Operativi

Le Parti promuovono l'uso del Fascicolo Sanitario Elettronico, del PAI digitale, dell'integrazione informativa e di telemedicina.

Articolo 7 – Indicatori

Le Parti adottano indicatori di esito e processo per monitorare efficacia, qualità, riduzione ricoveri e accessi impropri.

Articolo 8 – Coordinamento

È assicurato raccordo organizzativo con ASL, Case della Comunità e strutture territoriali.

Articolo 9 – Comitato Congiunto

È istituito un Comitato Congiunto di Coordinamento con funzioni di monitoraggio e indirizzo attuativo.

Articolo 10 – Trattamento dei Dati

Il trattamento dei dati avviene nel rispetto del GDPR e della normativa nazionale vigente.

Articolo 11 – Modifiche

Ogni modifica avverrà per iscritto previo accordo unanime delle Parti.

Articolo 12 – Durata ed Entrata in vigore

Il Protocollo dura cinque anni e entra in vigore dalla data di ultima sottoscrizione.

Le Parti, con la sottoscrizione del presente Protocollo, istituiscono un Gruppo di Lavoro congiunto, composto da rappresentanti designati dalla Regione Lazio, dall'OPI Roma e dall'OMCEO Roma, con il compito di definire, in coerenza con il quadro normativo vigente e con quanto previsto nel presente articolato, le regole di ingaggio, le modalità operative, i criteri applicativi e i relativi strumenti attuativi attraverso cui i professionisti sanitari coinvolti realizzeranno le attività e gli obiettivi descritti nel presente protocollo.

Il Gruppo di Lavoro dovrà concludere i propri lavori e presentare alle Parti la proposta operativa complessiva entro e non oltre il 28 febbraio 2026 e comunque non oltre 30 giorni dalla sottoscrizione degli Accordi Integrativi Regionali con i medici di medicina generale e i medici specialisti ambulatoriali interni.

FIRME

Per la REGIONE LAZIO

Per l'OPI ROMA

Per l'OMCEO ROMA

ALLEGATO A

Risposta sanitaria integrata nel coordinamento tra Infermiere di Famiglia e Comunità, Medico di Medicina Generale e Medico Specialista Ambulatoriale Interno

La crescente prevalenza delle malattie croniche rappresenta una delle principali sfide per i sistemi sanitari contemporanei (1).

L'invecchiamento della popolazione, i cambiamenti negli stili di vita e la maggiore sopravvivenza con patologie un tempo acute hanno aumentato in maniera significativa il carico assistenziale territoriale (2).

Attualmente circa un quarto della popolazione italiana ha più di 65 anni, mentre circa 4,6 milioni sono over 80; secondo le proiezioni demografiche ISTAT, entro il 2050 la quota di over 65 supererà un terzo della popolazione e quella degli over 80 potrebbe più che raddoppiare, evidenziando il progressivo invecchiamento della società italiana (3).

Stiamo andando quindi, inesorabilmente, verso una “vecchiaia di massa” con importanti ripercussioni sanitarie, economiche, sociali e politiche. La pandemia di COVID-19 ha contribuito ad accelerare la necessità di una revisione organizzativa verso modelli di servizio volti a supportare a domicilio le categorie vulnerabili (4).

È necessario cambiare realmente il paradigma della risposta sanitaria ricordando che l'assistenza Ospedaliera si basa sull'attesa (intensità tecnico assistenziale, elevata standardizzazione dei processi, orientato alla produzione di prestazioni e alla cura dell'episodio acuto, presidia l'efficienza, tende all'accentramento e alla verticalità per realizzare economie di scala, punta all'eccellenza) mentre le Cure Primarie si fondano sulla proattività integrata del team territoriale (estensiva, assistenziale, socio - assistenziale e modularità della risposta, orientato alla gestione di processi assistenziali e alla continuità delle cure, presidia l'efficacia e i risultati, tende al decentramento e alla orizzontalità per valorizzare il capitale sociale ,punta all'equità)

Assistenza Ospedaliera	Cure Primarie
basata sull'attesa	basata sulla presa in carico precoce e proattiva
orientata all'episodio acuto	orientata alla continuità assistenziale
verticalità e accentramento	orizzontalità e decentramento estensivo
intensità tecnico-assistenziale	integrazione socio-assistenziale
efficienza	appropriatezza ed equità

Il modello organizzativo introdotto dal **DM 77/2022**, con le relative Programmazioni della **Regione Lazio** (Determine n. 643/2022 e n. 976/2023), rappresenta una risposta strategica ai nuovi bisogni di salute e alle trasformazioni demografiche ed epidemiologiche, imponendo quindi una profonda revisione dei modelli assistenziali con particolare attenzione alla **prossimità** e alla **continuità delle cure**.

Ruoli chiave del team territoriale

Le tre figure cardine **IfeC – MMG – Medico Specialista Ambulatoriale Interno** garantiscono continuità, coordinamento e presa in carico proattiva delle persone con cronicità (Delibera regionale n. 416/2024) intervenendo a livello domiciliare, comunitario e ambulatoriale (5).

Il Medico di Medicina Generale (MMG)

- Primo riferimento clinico sanitario del cittadino
- Gestione patologie acute e cronicità non complesse
- Prevenzione primaria e secondaria
- Prescrizioni e invio allo specialista
- Collaborazione in équipe con IfeC e specialisti Ambulatoriali Interni

Il Medico Specialista Ambulatoriale Convenzionato Interno

- Gestione cronicità **complesse** con presa in carico continuativa
- Diagnostica specialistica territoriale
- Elaborazione e rinnovo dei **Piani Terapeutici**
- Follow-up strutturato per prevenire scompensi
- Telemedicina e diagnostica in prossimità
- Ruolo chiave nella continuità ospedale–territorio in stretta collaborazione con l’infermiere referente del paziente

L’Infermiere di Famiglia e Comunità (IfeC)

- Presa in carico proattiva del cittadino-paziente
- Monitoraggio e valutazione dei bisogni assistenziali, oltre al monitoraggio dei bisogni clinici in sinergia con il Medico Specialista Interno e/o con il MMG
- Educazione all’appropriatezza ed aderenza terapeutica e empowerment del paziente
- Attivazione servizi sociali per un sostegno socio-sanitario territoriale
- Presa in carico per la gestione nel setting territoriale appropriato, domiciliare in presenza e/o con tele monitoraggio

La collaborazione strutturata tra IfeC, Medico Specialista Ambulatoriale Interno e M.M.G. migliora significativamente la gestione delle malattie croniche e la continuità assistenziale.

L'integrative review di Davidson et al. (2022), condotta su 48 studi e 3.803 pazienti, mostra che oltre il 70–80% dei pazienti riferisce un miglioramento del coordinamento delle cure, dell'aderenza terapeutica e della partecipazione attiva nella gestione della malattia (6).

Evidenze ulteriori provengono da una recente review su 61 interventi di collaborazione interprofessionale in cure primarie, che riporta effetti clinici positivi nell'82% degli studi su pazienti a rischio cardiovascolare (23 su 28), nonché esiti favorevoli nella maggior parte dei casi anche tra pazienti con multimorbidità (10 su 18) e malattie croniche complesse (11 su 12) (7).

Evidenze scientifiche indicano come l'utilizzo di un linguaggio infermieristico standardizzato (LIS) si associa a significativi miglioramenti in termini di salute, efficacia organizzativa e predittività clinica. L'uso strutturato del LIS consente, infatti, una documentazione più accurata e condivisa dell'assistenza, migliora la comunicazione tra i professionisti e favorisce l'erogazione di interventi personalizzati e tracciabili. La presenza del LIS è strettamente correlato alla durata della degenza o a esiti come la qualità di vita, la riammissione e l'autoefficacia dei pazienti(8).

Questi risultati acquisiti dalla letteratura scientifica confermano che la collaborazione del team sanitario, IfeC Medico Specialista Ambulatoriale Interno e MMG, rappresenta un elemento cruciale per migliorare qualità, continuità e appropriatezza dell'assistenza territoriale.

Coordinamento operativo del team territoriale		
Percorso	Referente	Output clinico-assistenziale
Individuazione precoce dei bisogni	IFeC - MMG	Prima valutazione e avvio del percorso di cura
Valutazione della complessità assistenziale	MMG Medico Specialista IFeC	Definizione o aggiornamento del PAI
Gestione clinica delle cronicità complesse	Medico Specialista	Controllo specialistico e follow-up
Gestione assistenziale e monitoraggio per il mantenimento della stabilità	IFeC	Aderenza terapeutica e prevenzione delle riacutizzazioni

Tutte le informazioni sono condivise tramite **FSE, Professional Assessment Instrument digitale, LIS e telemonitoraggio**.

Le Case della Comunità nel modello DM 77/2022

Sono il fulcro della rete territoriale, favoriscono:

- **integrazione multiprofessionale e multidisciplinare**
- **posizionamento dei professionisti sanitari** vicino al domicilio del paziente
- **accesso facilitato** dei cittadini ai servizi

- **presa in carico** e continuità assistenziale
- attività di **assistenza, diagnostica e cura territoriale**
- **educazione all’appropriatezza e aderenza terapeutica**
- educazione sanitaria ed alla prevenzione

Nella **Regione Lazio**, secondo la Delibera 416/2024 e le Determine attuative:

- il **team IfeC–MMG–Specialista** coordina la presa in carico delle persone con cronicità
- sono definiti **indicatori di risultato** (riduzione accessi PS, riduzione ricoveri ripetuti, controlli parametri clinici, soddisfazione utente)

Evidenze scientifiche a supporto

Le revisioni sistematiche più recenti, come già sopra sottolineato dimostrano che:

- **70–80%** dei pazienti riferisce migliore coordinamento, aderenza e partecipazione (6)
- Esiti clinici favorevoli nell’**82%** degli studi per pazienti cardiovascolari e multi-cronici (7)
- Miglioramento di parametri clinici (PA, glico-metabolico), **meno giorni di ricovero**, maggiore soddisfazione (8)

La collaborazione IfeC – MMG – Specialistica Ambulatoriale Interna rappresenta **la leva principale** per la trasformazione territoriale.

Coordinamento operativo del team territoriale		
Percorso	Referente	Output clinico-assistenziale
Individuazione precoce dei bisogni	IFeC - MMG	Prima valutazione e avvio del percorso di cura
Valutazione della complessità assistenziale	MMG Medico Specialista IFeC	Definizione o aggiornamento del PAI
Gestione clinica delle cronicità complesse	Medico Specialista	Controllo specialistico e follow-up
Gestione assistenziale e monitoraggio per il mantenimento della stabilità	IFeC	Aderenza terapeutica e prevenzione delle riacutizzazioni

Bibliografia

(1)–(11) come già citate nel testo

1 Endalamaw, A., Zewdie, A., Wolka, E., & Assefa, Y. (2024). Care models for individuals with chronic multimorbidity: lessons for low-and middle-income countries. *BMC health services research*, 24(1), 895.

2 Maresova, P., Javanmardi, E., Barakovic, S., Barakovic Husic, J., Tomsone, S., Krejcar, O., & Kuca, K. (2019). Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age—a scoping review. *BMC public health*, 19(1), 1431.

3 ISTAT. (2025). *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie – Base 1/1/2024* [Report PDF]. Istituto Nazionale di Statistica.

4 Li, B., & Turnbull, M. (2024). The role of family doctors in developing primary care systems in Asia: a systematic review of qualitative research conducted in middle-income countries 2010–2020. *BMC primary care*, 25(1), 346.

5 Dellafiore, F., Caruso, R., Cossu, M., Russo, S., Baroni, I., Barelo, S., Vangone, I., Acampora, M., Conte, G., Magon, A., Stievano, A., & Arrigoni, C. (2022). The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(7), 4382.

6 Davidson, A. R., Kelly, J., Ball, L., Morgan, M., & Reidlinger, D. P. (2022). What do patients experience? Interprofessional collaborative practice for chronic conditions in primary care: an integrative review. *BMC primary care*, 23(1), 8.

7 Bouton, C., Journeaux, M., Jourdain, M., Angibaud, M., Huon, J. F., & Rat, C. (2023). Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? A systematic literature review. *BMC primary care*, 24(1), 253.

8 Bertocchi L, Dante A, La Cerra C, Masotta V, Marcotullio A, Jones D, Petrucci C, Lancia L. Impact of standardized nursing terminologies on patient and organizational outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Nurs Scholarsh*. 2023 Nov;55(6):1126-1153.

9 Pascucci, D., Sassano, M., Nurchis, M. C., Cicconi, M., Acampora, A., Park, D., Morano, C., & Damiani, G. (2021). Impact of interprofessional collaboration on chronic disease management: Findings from a systematic review of clinical trial and meta-analysis. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 125(2), 191–202.

10 Linee Programmazione Territoriale Regione Lazio: Determine n. 643/2022; n. 976/2023

11 Delibera Regione Lazio n. 416/2024

12 DM 77/2022 – Riorganizzazione territorio SSN