



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

***L'INFERMIERE DI FAMIGLIA:***

***UN MODELLO***

***EVOLUTIVO DI ASSISTENZA***

***SUL TERRITORIO***

Relatore:  
Dott.ssa Mariani Laura

Tesi di Laurea di:  
Yapi Orlena de Silvana

A.A. 2020/2021



# **L'INFERMIERE DI FAMIGLIA: UN MODELLO EVOLUTIVO DI ASSISTENZA SUL TERRITORIO**

## **INDICE**

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>4</b>
<b>CAPITOLO 1: L'INFERMIERE DI FAMIGLIA .....</b>	<b>6</b>
1.1 DEFINIZIONE DELL' INFERMIERE DI FAMIGLIA.....	6
1.2 L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA': DA IERI A OGGI.....	7
1.3 IL PERCORSO FORMATIVO .....	9
1.4 ILCAMMINO NORMATIVO PER L'INFERMIERE DI FAMIGLIA .....	11
<b>CAPITOLO 2: RUOLO DELL' INFERMIERE DI FAMIGLIA .....</b>	<b>14</b>
2.1 LIVELLI D'INTERVENTO.....	14
2.2 LE COMPETENZE CORE .....	16
2.3 L'INFERMIERE DI FAMIGLIA AI TEMPI DEL COVID-19 .....	19
<b>CAPITOLO 3: INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA: ESPERIENZE NEL MONDO.....</b>	<b>22</b>
3.1 L'INFERMIERE DI FAMIGLIA IN SPAGNA .....	22
3.2 L'INFERMIERE DI FAMIGLIA NEGLI U.S.A E NEL REGNO UNITO.....	24
3.3 L'INFERMIERE DI FAMIGLIA IN ITALIA .....	29
<b>CAPITOLO 4 INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA: ESPERIENZE NELLE REGIONI ITALIANE.....</b>	<b>31</b>
4.1 ESPERIENZE IN PIEMONTE.....	31
4.2 ESPERIENZE IN TOSCANA .....	33
4.3 ESPERIENZA IN FRIULI VENEZIA GIULIA .....	34
<b>CAPITOLO 5: CONCLUSIONI .....</b>	<b>36</b>
<b>SITOGRAFIA .....</b>	<b>38</b>
<b>RINGRAZIAMENTI .....</b>	<b>41</b>

## **INTRODUZIONE**

La scelta della stesura di questa tesi nasce da una parte, principalmente per il desiderio personale di capire chi è, e quale ruolo ricopre questa figura professionale, e quanto essa sia importante nella nostra società, dall'altra perché al suo interno racchiude parole chiavi importanti come "Famiglia" e "Comunità".

La famiglia e la comunità sono due pilastri importanti della nostra società, entrambe hanno un ruolo attivo, sia che parliamo di Salute, che nello stato di Malattia.

L'OMS ha definito la "Salute come uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente assenza di malattie o infermità". Nonostante ciò viviamo in una società odierna, dove l'importanza della salute, di quello che ne è realmente, e della responsabilità che ogni persona ha quando si parla della propria salute, è una concezione ancora non chiara nella sua totalità. Il più delle volte si è confrontati a situazioni, e realtà in maniera impreparata, o per mancanza di conoscenza, o perché l'informazione giunge in maniera incompleta o errata.

Oggigiorno in Italia assistiamo sempre di più ad un elevato tasso di vecchiaia, e ad un aumento di malattie a carattere cronico, ossia caratterizzate da un lungo decorso, che richiedono un'assistenza a lungo termine. Il più delle volte queste condizioni che si vengono a creare sono difficili da gestire in ospedale, in primo luogo perché il personale ospedaliero non è abbastanza formato ed equipaggiato a gestire una situazione di tale entità, secondo comportano ricoveri ospedalieri impropri, determinando costi elevati, implicando così la necessità di una continuità tra ospedale e territorio, dove però viene a mancare una figura di riferimento.

L'obiettivo principale in questa stesura è stato quello di rimarcare, la figura professionale dell'Infermiere di famiglia, di come a livello del territorio italiano possa essere un elemento evolutivo, e di come già lo sia in altri paesi, un punto di riferimento per la famiglia e la comunità nella nostra società, in particolare per il paziente e la sua famiglia, che solitamente si trovano a dover far fronte ad una condizione di malattia a loro sconosciuta, difficile da comprendere, e il più delle volte poco disposti ad affrontare per mancanza di conoscenza. E di come questa figura svolga un ruolo essenzialmente fondamentale nell'educazione, prevenzione, promozione, autonomia e responsabilizzazione che la persona ha verso la propria salute.

La tesi è strutturata in 5 capitoli:

Nel primo capitolo viene data la definizione di infermiere di famiglia, come è nato il modello d'infermieristica di famiglia dal passato ad oggi, in cosa consiste il percorso formativo, e il percorso normativo.

Nel secondo capitolo vengono definiti gli ambiti in cui l'infermiere di famiglia interviene, le sue competenze, e il ruolo che esso ha assunto ai tempi del COVID-19.

Nel terzo capitolo vi è l'illustrazione di come ritroviamo la figura dell'Infermiere di famiglia in altri paesi, rispetto all'Italia.

Nel quarto capitolo invece vengono illustrate alcune esperienze di attivazione dell'Infermieristica di Famiglia e di Comunità nel territorio Italiano.

Il quinto capitolo tratta delle conclusioni, delle riflessioni ottenute dalla stesura della tesi.

# **CAPITOLO 1**

## **1.1 DEFINIZIONE INFERMIERE DI FAMIGLIA**

L'Infermiere di famiglia e di Comunità (IF/C) è un professionista che ha la responsabilità di processi infermieristici sulla persona individuale, a livello di famiglia, e per quanto riguarda la comunità <sup>1</sup>.

Esso non va inteso come l'infermiere di uno studio medico, o colui che garantisce solo prestazioni, ma è in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica.

Agisce erogando cure Infermieristiche complesse, promuovendo la salute, e prevenendo e gestendo al meglio i processi di salute individuali, familiari e della comunità operando attraverso l'Assistenza Sanitaria Primaria.

Aumenta il controllo delle persone sulla propria salute, assumendo il ruolo di punto di riferimento per la comunità tra cui: soggetti anziani, pazienti cronici, istituti scolastici ed educativi che seguono bambini e adolescenti, strutture residenziali non autosufficienti, ponendo particolare attenzione sull'aspetto della fragilità, intercetta in modo autonomo i suoi assistiti di cui ne conosce le problematiche di salute <sup>2</sup>.

L'Infermiere di famiglia opera in modelli assistenziali di cure primarie molto diversi in base al diverso contesto territoriale. Zone urbane ad elevata intensità, periferie cittadine, paesi isolati e zone montane, richiedono soluzioni organizzative diverse tra loro con un intervento specifico.

L'Infermiere di famiglia ha come obiettivo la salute e i bisogni di salute della popolazione adulta e pediatrica, sia in ambito territoriale, che comunitario assicurando l'integrazione sanitaria sociale, mira al potenziamento e sviluppo della rete sociosanitaria, con un'azione che si espande all'interno della collettività e con la collettività.

È colui che fa una valutazione dei bisogni di salute; prevenzione primaria, secondaria e terziaria, conosce i fattori di rischio prevalenti sul territorio, la relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica, mette in atto piani assistenziali infermieristici e individua quesiti di ricerca infermieristica.

Attiva consulenze infermieristiche, procede alla formazione del care-giver e delle persone di riferimento.

Collabora alla continuità tra ospedale e territorio, definisce e contribuisce a protocolli, procedure, percorsi e progetta e attua gruppi auto mutuo aiuto.

Interviene in modo proattivo, preventivo e partecipativo, rispetto al paziente e alla sua famiglia, in modo tale che essi siano in grado di comprendere e affrontare la situazione sempre nel rispetto e tutela della salute, ma anche dal punto di vista sociale per una qualità di vita migliore.

L'IF/C agisce in autonomia professionale, in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociali, e con altri professionisti del Servizio Sanitario Nazionale.

## **1.2 L' INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA': DALLE ORIGINI AD OGGI**

I cambiamenti profondi della professione infermieristica, specialmente dagli anni 90' ad oggi, hanno evidenziato un importante impatto sulla cultura professionale, sui livelli di responsabilità e sui confini di autonomia, che dovrebbero contribuire a modificare la consapevolezza del ruolo, dell'identità e della coscienza professionale, l'assetto delle organizzazioni sanitarie e l'immagine sociale<sup>3</sup>.

Ciò ha spostato l'attenzione sul sistema territoriale.

L'aumento dell'aspettativa di vita, delle patologie croniche e delle esigenze di salute hanno inciso sul modello ospedale-centrico, determinando la ricerca di soluzioni alternative all'ospedale in modo tale da offrire un maggior intervento assistenziale.

La figura dell'infermiere di famiglia nasce nel 1974 quando l'OMS pubblica il report Community Health Nursing, che sviluppa il concetto di assistenza a livello comunitario, che si basa sulla capacità dell'infermiere di dirigere e incoraggiare la famiglia identificando i suoi bisogni di salute<sup>4</sup>.

Salute 21 è la politica che è stata programmata per la salute di tutti e per la regione europea dell'OMS, dal Comitato Regionale dell'OMS nel settembre 1998 a seguito di una consultazione tra i 51 stati Europei.

Sono stati definiti 21 obiettivi per il XXI secolo, obiettivi che articolano le aspirazioni della politica regionale Europea.

La politica della SALUTE 21, stabilisce un quadro di riferimento di azione che ciascun stato membro può adottare, in modo da adeguare le proprie strategie sanitarie in linea con quelle sancite in SALUTE 21.

L'obiettivo n°18 del documento politico, affronta lo sviluppo delle risorse umane per la salute e afferma che: "Entro l'anno 2010, tutti gli Stati membri dovrebbero assicurare che i professionisti della salute, e i professionisti di altri settori abbiano acquisito conoscenze, attitudini e capacità adeguate a proteggere e promuovere la salute."

Nell'equipe sanitaria, multidisciplinare la quale è essenziale per garantire i risultati di salute previsti negli obiettivi di politica, si sono identificati due gruppi: la Professione Medica e quella Infermieristica, rivolgendo quindi l'attenzione su medici e infermieri che lavorano nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base i quali sono più propensi a raggiungere gli scopi e gli obiettivi della politica.

Ecco che successivamente con il documento SALUTE 21, ci si focalizza sulla formazione di un nuovo tipo di infermiere "L'INERMIERE DI FAMIGLIA"<sup>5</sup>.

Nella prima stesura del "The family health nurse - Context, conceptual frame-work and curriculum", prodotta dall'ufficio regionale dell'OMS per l'Europa di Copenaghen nel gennaio del 2000, viene per la prima volta descritta la figura dell'infermiere, ovvero professionista sanitario che si concentra sulla salute della famiglia, in particolare è responsabile delle cure domiciliari, insieme di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi al fine di rendere migliore la qualità di vita.

Da quando l'OMS sviluppa questa figura ci sono voluti anni per avere il riconoscimento specialistico nella sanità pubblica, quindi la nascita dei primi master.

Solo nel 2012, con il decreto Balduzzi si è assistito a una riorganizzazione, a livello nazionale, nell'ambito delle cure primarie, domiciliare e territoriale.

Nel dicembre 2014 viene fatta una proposta di legge, atta a modificare il decreto Balduzzi, che introduce di fatto la figura dell'infermiere di famiglia.

Si tratta di una norma che propone il pieno riconoscimento della professione infermieristica come figura di riferimento per lo sviluppo, e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza domiciliare, al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini<sup>6</sup>.

Nel 2020 la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche ha presentato un documento denominato Position Statement sull'IF/C, con lo scopo di



definire la propria visione a livello nazionale, ridurre gli elementi di diversificazione interpretativa, e giungere ad una definizione univoca del modello proposto<sup>7</sup>.

### **1.3 PERCORSO FORMATIVO**

Il percorso formativo successivo alla laurea triennale, è imprescindibile per il riconoscimento del ruolo specialistico.

Il titolo di infermiere di Famiglia e di Comunità, si consegue alla frequenza del master di primo livello, con l'acquisizione totale di 60 crediti Formativi Universitari (CFU).

Le competenze richieste al IF/C sono di natura clinico assistenziale, e di tipo comunicativo-relazionale<sup>8</sup>.

L'IF/C deve possedere capacità di lettura dei dati epidemiologici e del sistema-contesto, deve avere un elevato grado di conoscenza del sistema della rete dei Servizi sanitari e sociali, per creare connessioni ed attivare azioni di integrazione orizzontale e verticale tra servizi e professionisti, a favore di una risposta sinergica ed efficace al bisogno dei cittadini della comunità.

Si ritiene quindi necessario individuare infermieri per i quali sia possibile valorizzare l'esperienza acquisita, la motivazione e l'interesse nell'ambito territoriale dell'assistenza.

Esempio avere un'esperienza (almeno due anni) in ambito Distrettuale/territoriale, domiciliare o con esperienza di percorsi clinico-assistenziali (PDTA), di integrazione ospedale-territorio, di presa in carico di soggetti fragili<sup>9</sup>.

Le Condizioni fondamentali affinché l'Infermiere di famiglia e di Comunità diventi una delle figure centrali dello sviluppo sono:

- La formazione dell'IF/C, a livello accademico, in percorsi post-laurea (Laurea Magistrale, Dottorato, Master I-II livello)
- Il superamento del modello prestazionale che fino ad ora ha fatto parte degli infermieri nei servizi territoriali.

L'infermiere di famiglia e Comunità non è totalmente una distinzione dagli interventi ADI, ma una funzione aggiunta, integrata a tali interventi.

- La promozione di modelli di prossimità e di proattività anticipatori del bisogno di salute rivolti a tutta la popolazione, malata o sana.
- Un bacino di utenza definito che sia coerente con le condizioni geografiche, e demografiche del territorio di riferimento.  
Il bacino di utenza può comunque variare, a seconda delle caratteristiche orografiche del territorio (aree interne, isole, comunità montane, zone metropolitane ad alta densità abitativa).
- La possibilità di condividere lo stesso bacino di utenti con altri professionisti tra cui in particolare il MMG (Medico di Medicina Generale) e il PLS (Pediatra di Libera Scelta), al fine di creare una vera e propria équipe multi-professionale di riferimento per la popolazione assistita.
- L'integrazione dell'azione degli IF/C con servizi esistenti definizione di ruoli complementari come il care manager e l'Health-Monitoring.
- La finalizzazione dell'azione fondamentale degli IF/C al potenziamento e allo sviluppo della rete sociosanitaria con un'azione che si sviluppa dentro le comunità e con le comunità.
- La possibilità di agire in diversi ambiti di intervento: a livello ambulatoriale, domiciliare, comunitario e in strutture residenziali e intermedie.

La regione Piemonte ha intrapreso la progettazione, e implementazione di un percorso formativo di primo livello per la figura dell'IF/C, presso due Atenei, l'Università degli studi di Torino (sede formativa Orbassano, prima edizione di master anno 2005) e l'Università del Piemonte Orientale (sede formativa di Tortona: prima edizione di master anno 2014).

Si tratta di un percorso di Master di I livello, annuale, che eroga 60 CFU. Le ore complessive di formazione previste sono circa 1500, di cui 500 di stage/tirocinio in contesti specifici.

Il percorso consiste di 6 moduli formativi, al termine di ognuno è prevista una prova d'esame scritta con valutazione in trentesimi.

I temi che caratterizzano sia l'aspetto formativo che l'ambito di tirocinio sono:

- L'azione proattiva
- Prevenzioni a tutti livelli per ogni fascia di età

- L'educazione e stili di vita sani
- Il disease management
- Il counseling individuale e familiare
- Il case management
- La gestione integrata delle malattie croniche
- L'autonomia professionale e l'inter-professionalità<sup>10</sup>

Il tirocinio formativo consiste in esperienze sul campo, durante le quali i tirocinanti sono affiancati da personale specializzato.

Il modello organizzativo/assistenziale di riferimento è il Chronic Care Model (è un modello assistenziale che non porta più il paziente verso l'ospedale, ma il sistema salute verso il cittadino attraverso la ramificazione 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).

Sulla cui base l'infermiere di famiglia può agire con un ampio margine di autonomia, soprattutto per quanto riguarda la promozione della salute, o la presa in carico di pazienti con patologie croniche in fase iniziale, attuando una corretta educazione terapeutica e il supporto al self management<sup>11</sup>.

#### **1.4 IL PERCORSO NORMATIVO PER L' INFERMIERE DI FAMIGLIA.**

Il 18 dicembre 2019, la Conferenza Stato-Regioni ha sancito l'intesa riguardante un documento definito "Patto per la salute per gli anni 2019-2021", documento che è stato consegnato al Governo e condiviso dal Ministero della salute<sup>12</sup>. Il Patto per la Salute 2019-2020, ha permesso di valorizzare accanto ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e farmacisti, l'assistenza infermieristica di famiglia e di comunità, al fine di garantire una presa in carico integrata delle persone, specialmente nei soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità, allineandosi così alle indicazioni dell'OMS che dal 1998 con il documento "Salute per tutti nel 21° secolo", aveva indicato la necessità dell'infermiere di famiglia e di comunità<sup>13</sup>.

La figura dell'Infermiere di famiglia e di Comunità viene riconosciuta per la prima volta dallo Stato Italiano con la legge del 17 luglio 2020 n°77 <sup>14</sup>, ovvero una riconversione del “Decreto Rilancio”, decreto legge n°34 del 19 maggio 2020, riguardante “misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”.

Dove all'articolo 1 comma 5, afferma che:

“Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati COVID-19, anche supportando le unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro l'ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10” <sup>15</sup>.

In linea con quanto proposto, dalla legge 77/2020, e dal Patto per la salute 2019-2021, la Conferenza Stato-Regioni, ha consegnato ai Governatori e al Ministro della Salute, un documento definito “Proposta di Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia e Comunità”, redatto sulla base del Position Statement del FNOPI, in cui vi è la descrizione completa dell'Infermiere di famiglia, in linea con gli orientamenti europei <sup>16</sup>.

La proposta al suo interno contiene: La DEFINIZIONE DELL' IF/C, ovvero professionista appositamente formato che ha un forte orientamento sulla gestione

proattiva della salute. CONTESTO ORGANIZZATIVO, ovvero l'infermiere è inserito all'interno dei servizi e strutture distrettuali, e garantisce la sua presenza coerentemente con l'organizzazione regionale e territoriale. TARGET DI POPOLAZIONE, vale a dire che l'IF/C è presente nel territorio con continuità, ed è di riferimento per tutta la popolazione: soggetti anziani, pazienti cronici, istituti scolastici ed educativi che seguono bambini e adolescenti, e strutture residenziali non autosufficienti. STANDARD DI PERSONALE A RISORSE VIGENTI secondo L. 77/2020: massimo 8 infermieri ogni 50.000 abitanti. COMPETENZE E FORMAZIONE: Le competenze richieste al IF/C sono di natura clinico assistenziale e di tipo comunicativo-relazionale. RECLUTAMENTO DEL PERSONALE DE ADIBIRE A IF/C, ossia utilizzo di forme di lavoro autonomo anche di collaborazione coordinata e continuativa, o utilizzo di graduatorie valide per assunzione a tempo indeterminato/determinato.

## CAPITOLO 2

### 2.1 LIVELLI D'INTERVENTO

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità interviene in ambito familiare e individuale, comunitario, ambulatoriale, domiciliare e sociale.

- **Livello Familiare e Individuale** Tramite interventi diretti e indiretti, destinati alla persona, la sua famiglia e le sue persone di riferimento.

Favorisce la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale capace non solo di garantire prestazioni, che può comunque erogare specie se complesse, ma anche di anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi, con l'obiettivo finale di accompagnare i cittadini nel loro percorso di gestione del processo di salute e di vita, del quale diventano protagonisti portando alla luce i potenziali di cura dei singoli e delle famiglie.

- **Livello Comunitario** Sono azioni volte alla Comunità all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali.

L'IF/C interagisce con le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato e famiglie, garantendo aiuto ai cittadini che si trovano in situazione di fragilità e contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità.

Non solo eroga il care, ma ne è anche attivatore, all'interno della comunità dove è in grado di sprigionare beni cognitivi, affettivi, emotivi e di legami solidaristici, diventando parte integrante della presa in carico.

L'IF/C svolge attività trasversali di implementazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione, e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali, e le possibili risorse formali, e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute.

- **Livello Ambulatoriale** L'assistenza viene garantita da parte dell'infermiere a tutti gli utenti che sono in grado di deambulare e che necessitano di assistenza infermieristica a medio-bassa complessità, e interventi di educazione-promozione alla salute.

L'attività ambulatoriale può essere svolta in strutture residenziali già esistenti nella comunità, e affinché si attivino percorsi di integrazione efficaci è fondamentale la vicinanza dell'ambulatorio infermieristico al luogo di attività dell'assistente sociale, facilitando il riconoscimento di una sede socio-assistenziale e di conseguenza l'integrazione delle due aree.

L'attività ambulatoriale provvede all'erogazione delle prestazioni di maggiore richiesta degli utenti: (prelievi, medicazioni, iniezioni, infusioni, controllo e monitoraggio dei parametri vitali, ecc.), al fine di permettere di limitare in modo significativo la distanza, non solo fisica, tra cittadino e istituzioni, all'orientamento e informazione all'utente relativamente all'offerta sanitaria migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari pubblici, e alla promozione di interventi di educazione alla salute finalizzati all'autogestione di problematiche assistenziali semplici.

- **Livello Domiciliare** L'assistenza viene erogata a tutti gli utenti che non possono recarsi in ambulatorio per gravi patologie o per difficoltà alla deambulazione che necessitano di assistenza infermieristica a medio-alta complessità, con carattere di continuità, con bassi livelli di autonomia che necessitano di periodiche prestazioni sanitarie.

Inoltre il professionista segue utenti che vivono in un contesto familiare e sociale che richiede una particolare sorveglianza e protezione

L'attività a domicilio è caratterizzata dalle attribuzioni già elencate nell'attività ambulatoriale, integrate dalle funzioni di: promozione della continuità delle cure tra ospedale e territorio e viceversa attraverso la messa in rete di tutti i servizi e i professionisti sanitari e sociali presenti nel territorio, promozione della salute nella comunità attraverso l'integrazione delle cure infermieristiche con tutte le esigenze di ordine sanitario, sociale e soprattutto educativo del nucleo familiare, con un approccio volto a valorizzare le risorse delle singole famiglie indirizzandole verso una corretta autocura ed autogestione.

Promuovere la presa in carico leggera ed anticipata quando ancora il bisogno non è stato espresso, ma è già potenzialmente presente, progettando e verificando gli interventi di aiuto infermieristico e assistenza alla tutela della persona resi da altri operatori (operatori socio-sanitari, assistenti familiari,

familiari stessi ecc.), e tutorato nei confronti dei care-givers, badanti, e altre risorse presenti nella comunità.

- **Livello Sociale** L'Infermiere svolge attività trasversali con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra gli operatori sanitari e sociali, e le possibili risorse formali ed informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti i bisogni di salute.

Tutto questo viene svolto dall'infermiere attraverso il lavoro di rete, che si può definire una modalità di lavoro nel quale, a partire da un problema specifico, si definiscono le integrazioni necessarie per garantire la continuità dei percorsi, nonché le inter-relazioni tra le funzioni dei servizi coinvolti a vantaggio di un miglior trattamento dei problemi di salute della persona o della comunità <sup>17</sup>.

## 2.2 LE COMPETENZE CORE

L'Infermiere di famiglia, attraverso la formazione universitaria post base, acquisisce e implementa conoscenze e competenze:

- La valutazione dei bisogni di salute della persona in età adulta e pediatrica, delle famiglie e delle comunità attraverso approcci sistemici validati.
- La Promozione della salute e la prevenzione primaria, secondaria e terziaria
- La presa in carico delle persone con malattie croniche in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia.
- La conoscenza dei fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, considerando i determinanti della salute.
- Lo sviluppo dell'educazione sanitaria, in ambito scolastico anche nell'ottica di un ambiente sicuro.
- La relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica con gli assistiti.
- La valutazione personalizzata dei problemi sociosanitari che influenzano la salute, in sinergia con il MMG, I PLS e tutti gli altri professionisti che operano sul territorio.



- La definizione di programmi di intervento infermieristici basata su prove scientifiche di efficacia prescrivendo e fornendo agli assistiti le indicazioni dei presidi assistenziali più efficaci al percorso di cura.
- La creazione e valutazione degli standard qualitativi per l'assistenza infermieristica territoriale.
- La definizione di ambiti e problemi di ricerca.
- L'utilizzo di supporti documentali e gestionali informatici, per la documentazione dell'attività assistenziale, che concorrono al rendiconto dell'attività svolta sul territorio di riferimento.

#### Competenze avanzate a livello individuale e familiare

- Analisi del contesto familiare e valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto.
- Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative.
- Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità.
- Interventi di promozione di stili di vita e comportamenti salutari dell'individuo e della famiglia, seguito alla cura di patologie già presenti.
- Coinvolgimento degli individui e delle famiglie nelle decisioni riguardanti la salute e il benessere personale.
- Valutazione del bisogno rispetto ai servizi sociosanitari, già presenti con percorsi per la loro attivazione, con l'utilizzo di fonti di informazione e comunicazione disponibili.
- Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.
- Assicurare dimissioni precoci in collaborazione con il MMG e il PLS e gli altri specialisti.
- Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale, e valutazione delle alterazioni sintomatiche delle condizioni di salute in caso di malattia, acuta o cronica, che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze.

- Monitoraggio della terapia ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di medicina Generale.
- La messa in atto di processi collaborativi volti a mantenere l'autonomia ed evitare la frammentazione delle cure.
- Utilizzo di strumenti per il monitoraggio, che possono favorire la cura a domicilio, in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.
- Interventi sulle competenze clinico assistenziali specifiche.
- Consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.

#### A livello Comunitario

- Lettura e analisi del contesto comunitario.
- Mappatura delle risorse del territorio per il mantenimento di stili di vita sani con associazioni di volontariato
- Formazione, coordinamento e supervisione delle persone che entrano a far parte della rete assistenziale della comunità
- Collaborazione con le autorità sanitarie locali per avere informazioni utili alla valutazione e gestione della popolazione in carico.
- Continuità assistenziale tra ospedale e territorio in sinergia, con MMG e altri professionisti.
- Cooperazione tra MMG, unita di Valutazione Multidimensionali dei Distretti e professionisti socioassistenziali e le associazioni di volontariato.
- Redazione, verifica, attuazione e supervisione di protocolli e procedure per la qualità dell'assistenza.
- Interventi di rete e monitoraggio, al fine di attivare il capitale sociale e sviluppare l'empowerment di comunità.
- Disponibilità di incontri tra persone che presentano problemi di salute simili, per favorire processi di auto mutuo aiuto.

## **2.3 L' INFERMIERE DI FAMIGLIA AI TEMPI DEL COVID-19**

Gli operatori sanitari si sono trovati ad affrontare un'emergenza sinora sconosciuta al mondo contemporaneo: la pandemia di COVID-19.

Specialmente gli Infermieri hanno svolto un ruolo fondamentale, lavorando nell'incertezza e nel pericolo, pur sempre mantenendo tutta la competenza, la scienza, l'etica e la passione che essi hanno.

Affrontare tutto questo, ha richiesto grande elasticità e adattamento, nuovi modelli assistenziali e organizzativi.

L'infermiere è un soggetto attivo dell'organizzazione sanitaria, sia nelle aziende ospedaliere che sul territorio.

Mai come prima d'ora la professione infermieristica è stata vista come parte integrante e proattiva del sistema.

Soprattutto sul territorio, l'assistenza territoriale ha trovato negli infermieri una componente professionale imprescindibile, per poter agire nelle strutture residenziali e nel domicilio, sempre in stretta cooperazione con il Medico di Medicina Generale.

Lo stesso Ministro della salute ha dichiarato, rispetto al decreto-legge, l'introduzione di misure urgenti in materia di salute, rafforzando specialmente i servizi infermieristici distrettuali con l'introduzione dell'infermiere di famiglia e di comunità, potenziando così la presa in carico sul territorio dei soggetti infetti da COVID-19.

Durante la pandemia è emerso maggiormente il bene dalla comunità rispetto a quello del singolo.

La risposta ai bisogni sanitari e sociali è arrivata maggiormente da chi non mai lasciato il territorio: Infermiere di Assistenza Domiciliare, Infermiere di Famiglia e Comunità e Medico di Medicina Generale.

Riorganizzare le attività, dei percorsi, dei reparti, ridistribuire il personale, specialmente a casa delle persone, la necessità di acquisire nuove conoscenze e rafforzare quelle già apprese, in tempi di COVID-19, sono state la base per fronteggiare l'emergenza.

Se entrare in casa delle persone è sempre diverso dall'assisterele nelle strutture, in tempo di COVID-19, ancora di più è stato necessario entrare in punta di piedi.

Essenziale è stata la relazione di cura particolarmente durante la pandemia, perché poter conoscere chi è assistito in modo tale da instaurare un rapporto di fiducia, diventava sempre più difficile, quindi entrare nelle case di nuovi assistiti, che versavano in

condizioni già molto gravi, ha richiesto un eccezionale sensibilità e attenzione per guadagnare ancora di più la loro fiducia.

Il tempo che gli infermieri hanno passato con chi hanno assistito, si è basato più che sulla quantità, sull'intenzionalità al fine di far in modo che assistiti e familiari non sentissero di essere stati lasciati in abbandono.

Il percorso di cura ha fatto sì che incrociassero sguardi di persone pieni di domande e domande piene di paure, accogliere queste emozioni è stata una componente fondamentale nel percorso di cura.

Per l'Infermiere di famiglia e Comunità, l'equipe sul territorio è composta in particolare modo dalla famiglia, con la quale sono sempre state prese e condivise decisioni.

In situazioni in cui il peggioramento delle condizioni, di salute si è rivelato sempre più in declino, è stato sempre più difficile, condividere tutte le informazioni, con l'equipe degli operatori sanitari, poiché l'infermiere non era fisicamente presente a domicilio.

I colleghi e ogni membro, spesso si sono ritrovati a gestire il fine di vita con il supporto di famigliari, ma tante altre volte solo telefonicamente.

Sono state difficoltà in più, da affrontare con motivazione, anche quando le comunicazioni sono state drammatiche.

L'infermiere si è sempre assicurato di fornire all'interessato e alla persona di riferimento tutte le informazioni sullo stato di salute in maniera precisa, completa e tempestiva, essere un punto di riferimento personale di prudenza e correttezza, per l'assistito e per i famigliari in momenti di esigenza, in modo di essere aggiornati correttamente, senza accedere a fonti contraddittorie e difficili da far proprie.

Con la pandemia COVID-19 affrontare dolore e palliazione, isolati nelle proprie case, è stato particolarmente difficile, difatti l'attenzione si è fatta sempre più necessariamente alta; L'infermiere di famiglia è stato un interlocutore essenziale per garantire quel sollievo, che sembrava sempre più difficile da ottenere con l'educazione all'utilizzo di presidi quali elastomero, e somministrazione appropriata di terapia prescritta, mantenendo costante e privilegiato, il legame tra la persona e la famiglia ed escludendo così il senso di abbandono.

Se da una parte la figura dell'infermiere di famiglia e comunità è stata importante per l'assistenza al paziente COVID-19, dall'altra parte è stato fondamentale organizzarsi specialmente per quelle non COVID, che non avendo accesso a strutture ospedaliere

sono state necessariamente legate all'assistenza a domicilio, riorganizzando i percorsi e informando la persona e i famigliari rispetto al rischio infettivo.

L'adozione di protocolli operativi da adattare alla casa per la tutela dei famigliari, è stata recepita come un dovere professionale.

Lavorare in sicurezza ha significato utilizzare linee guida e buone pratiche, due componenti interconnesse che sono state il presupposto, per il superamento della situazione.

L'Infermiere di Famiglia e Comunità ha vigilato sulla loro corretta applicazione e traduzione per portarle a domicilio, valorizzandone l'esperienza, aggiornandole e adottandole con consapevolezza, competenza e dinamismo per il bene delle persone assistite e della collettività. La prevenzione, la cura, la riabilitazione, l'ospedale e il territorio sono dunque categorie di attività e non più luoghi che definiscono delle azioni professionali infermieristiche <sup>18</sup>.

## LONG COVID

Il Long-COVID è una condizione clinica data dal non ritorno da parte del paziente affetto da COVID-19 allo stato di salute precedente l'infezione acuta.

I meccanismi che comportano questa condizione non sono ancora stati chiari, l'ipotesi è che sia una genesi da danno d'organo diretto causato dal virus, o una risposta immunitaria innata con rilascio di citochine infiammatorie, o lo sviluppo di uno stato pro-coagulativo.

La cura nei pazienti Long-COVID è stata coordinata e gestita dal Medico di Medicina Generale in cooperazione con altre figure professionali.

Nei pazienti più complessi le cure possono essere gestite in un contesto diverso dal territorio es: l'ospedale facendo sempre riferimento al MMG che ha in cura l'assistito.

Al fine di coordinare l'assistenza nei casi più complessi può essere utilizzata la figura dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità al fine di rafforzare i servizi infermieristici territoriali <sup>19</sup>.

## **CAPITOLO 3**

### **3.1 L'INFERMIERE DI FAMIGLIA IN SPAGNA**

I cambiamenti nella struttura della famiglia, l'aumento di famiglie con difficoltà relazionali e sociali, nuclei famigliari monoparentali, i movimenti migratori delle popolazioni, e l'integrazione di nuove tecnologie d'informazione e comunicazione, hanno generato, nuovi bisogni di salute e nuove aspettative da parte dei cittadini aumentando così l'utilizzo dei servizi delle cure primarie.

In questo scenario, la specialità dell'Infermieristica di Famiglia e di Comunità, si è andata configurando in Spagna, ruolo chiave per un'assistenza sanitaria di qualità in grado di rispondere ai bisogni attuali dei cittadini.

In Spagna per definire quella che oggi è la figura dell'infermiere specialista in Infermieristica di Famiglia e di Comunità, si deve risalire al diciannovesimo secolo, quando nacque la figura dell'Infermiere Visitatrice, che però svolgeva la funzione di sorvegliare, e non di cura, il nome poi cambiò in Infermiere di Sanità Pubblica.

Nel 1984 con il Regio Decreto 133/1984, viene introdotta l'assistenza infermieristica nelle Cure Primarie e la formazione infermieristica in ambito universitario, passando così dal titolo di Aiutante Tecnico Sanitario, al Diploma in Scienze Infermieristiche, inserendo nel piano di studi materie quali Salute Pubblica e Infermieristica di Comunità. Nel 2003 è stata approvata la legge di Riordino delle Professioni Sanitarie, nel 2005 tramite il Regio decreto sono state istituite sette specializzazioni infermieristiche attuali, tra cui l'Infermieristica di Famiglia e Comunità.

Nel 2010 tramite la Gazzetta ufficiale della Spagna è stata pubblicata la direttiva contenente il programma formativo per la specializzazione in Infermieristica di Famiglia e di Comunità.

Il percorso formativo consiste in due anni di studio che seguono alla laurea base di quattro anni.

Uno dei moduli previsti nel percorso di studi è "Fondamenti di Infermieristica di famiglia" che comprende sia temi di approfondimento, che temi di specializzazione quali: assistenza a pazienti con patologia cronica e problemi acuti, assistenza all'infanzia, e programmi di salute pubblica.

I due anni di formazione sono retribuiti e durante il percorso, lo studente è affidato a un tutor per l'apprendimento e il sostegno, e per la valutazione delle competenze necessarie per acquisire la specializzazione.

Nel 2005 viene istituito il Consorzio Castelldefels Agenti di salute delle cure Primarie (CASAP).

Il CASAP è un ente pubblico di tipo associativo con una propria personalità giuridica e indipendente, per il raggiungimento dei suoi obiettivi.

Esso si impegna ad offrire servizi di qualità alla propria popolazione di riferimento, e per raggiungere questo obiettivo vengono utilizzate diverse strategie:

- Ridefinizione dei ruoli: viene valorizzato il lavoro dell'infermiere equiparandolo a quello del medico di famiglia, come porta d'entrata al sistema sanitario aumentando la capacità di risposta ai problemi di salute.
- Aumento dell'accessibilità degli utenti: gli assistiti possono ricorrere all'intervento infermieristico, sia in risposta ad eventi acuti, sia per l'assistenza alla patologia cronica, in modo individuale o di gruppo.
- Aumento della capacità di risoluzione dei problemi da parte dell'equipe di Cure Primarie.
- Potenziamento della motivazione e dell'empowerment da parte di professionisti sanitari e non, attraverso il loro coinvolgimento nella definizione dei percorsi assistenziali, rendendoli responsabili delle attività previste e favorendo l'accesso alla formazione necessaria per affrontarle in modo efficace.
- Incremento della soddisfazione dei professionisti contemporaneamente all'aumento della capacità di risolvere in modo autonomo i problemi di salute tramite motivazione e responsabilizzazione di ognuno.

CASAP ha scelto una linea strategica in grado di attivare le capacità diagnostiche e terapeutiche che possono essere sviluppate nel campo delle cure primarie.

La strategia comporta la formazione continua di professionisti, e un aumento del carico di lavoro con il paziente, assicurando un buon livello operativo e soddisfazione professionale per gli operatori <sup>20</sup>.

## **3.2 L'INFERMIERE DI FAMIGLIA NEGLI U.S.A E NEL REGNO UNITO**

In gran parte del mondo l'infermiere di famiglia è una figura professionale già consolidata.

Da molto tempo nel Regno Unito si fa affidamento al "Public Health Nurse", ovvero "Infermiere della Pubblica Sanità" che presta servizio nella comunità, garantendo la cura e il mantenimento della salute dei cittadini. Mentre negli Stati Uniti l'assistenza primaria, viene guidata dall'infermiere di famiglia definito "Family Nurse Practitioner"<sup>21</sup>.

### **PUBLIC HEALTH NURSE**

Lillian Wald fu la prima a coniare il termine di "Infermiera di Sanità Pubblica", ritenendo che gli infermieri non dovessero limitarsi solo alla cura della persona malata, ma che dovessero curare anche i problemi sociali ed economici.

Essa infatti riteneva, che l'Infermiera della Sanità Pubblica dovesse essere coinvolta, nella salute di un intero quartiere, collaborando anche con le agenzie sociali, in modo tale da contribuire a migliorare le condizioni di vita.

Nel 1893, la Wald insieme ad un'altra infermiera Mary Brewster, entrambe diplomate alla "New York Hospital School of Nursing", si trasferirono nel Lower East Side di New York City, arrivando durante una delle peggiori depressioni del diciannovesimo secolo, dove iniziarono a mettere in pratica il concetto di assistenza sanitaria pubblica, somministrando ai pazienti, medicine, pasti, latte sterilizzato e rinvii a ospedali e dispensari, utilizzando anche le loro connessioni sociali per fornire lavoro a molte persone.

Quando la Wald nel 1933 andò in pensione, nel totale gestiva uno staff di 265 infermieri che si prendevano cura di 10.000 pazienti, determinando un servizio infermieristico, specialmente ai più poveri, che necessitavano di un'assistenza sanitaria che non era disponibile da nessun'altra parte.

Successivamente il Nursing Service si trasferì nei quartieri alti, diventando oggi il Visiting Nurse Service di New York, la più grande organizzazione domiciliare senza scopo di lucro del paese <sup>22</sup>.



L'Infermiere della Sanità Pubblica, è una figura professionale presente nella sanità pubblica, coinvolto nella, prevenzione, educazione, difesa, attivismo, e valutazione della salute pubblica, svolgendo un ruolo importante nella prevenzione della malattia, promuovendo la salute e la sicurezza della comunità.

Gli infermieri della sanità pubblica sono attivi nelle loro comunità e agiscono senza aspettare che siano i pazienti a venire verso di loro.

Quando valutano malattie o lesioni, prendono in considerazione vari fattori, al fine di migliorare la salute della popolazione, essendo gli infermieri figure adeguatamente formate, sono in grado di fornire informazioni accurate utili, in modo che ogni persona possa proteggere la propria salute.

L'obiettivo principale degli Infermieri è l'istruzione, dare più possibili informazioni alle persone sui problemi di salute, lavorando in centri per anziani, gruppi comunitari, scuole e altre organizzazioni, dimostrando varie pratiche di sicurezza, e informando ciascun membro della famiglia su come saper prendersi cura dei propri cari, disabili o malati, o incoraggiandoli a sottoporsi a test, o vaccinazioni contro le malattie, rendendo le informazioni sulla salute più accessibili alle persone, comprensibili, in modo da poter fare scelte informate.

Essi si concentrano principalmente sulle zone rurali a basso reddito, dove possono insegnare la cura prenatale e infantile, immunizzare i bambini a scuola, e aiutare gli anziani a stare al sicuro.

Promuovere il benessere pubblico, prevenire malattie, ridurre i rischi per la salute all'interno della popolazione, è l'obiettivo finale di un infermiere della sanità pubblica, il loro ruolo si concentra su compiti specifici all'interno della comunità.

Le responsabilità degli Infermieri della sanità pubblica includono:

- Valutare le tendenze sanitarie, identificando i fattori di rischio specifici delle comunità.
- Priorità agli interventi di salute, in modo da fornire il beneficio più significativo.
- Tutelare le comunità svantaggiate, collaborando con le autorità locali, statali e federali per migliorare l'accesso ai servizi sanitari.
- Campagne di educazione sanitaria e attività per la prevenzione delle malattie.
- Informazioni su programmi e servizi sanitari locali per migliorare l'accesso alle cure.

- Fornire servizi sanitari dirette alle popolazioni a rischio.
- Registrazione e analisi dei dati medici.
- Relazionarsi con i pazienti e seguire le cure.
- Gestione budget e i vari programmi sanitari comunitari.
- Indirizzare le persone ad altri servizi correlati.
- Fornire assistenza medica quando necessario.

Tra le competenze richieste, devono essere in grado di: lavorare per migliorare la salute della loro comunità, lavorare bene con grandi gruppi ed essere sensibili alle differenze culturali, saper comunicare e avere pensiero critico, che hanno un ruolo cruciale, e anche destreggiarsi tra più compiti contemporaneamente.

Gli infermieri di sanità pubblica, solitamente lavorano da soli o in team multidisciplinari, o supervisionano operatori sanitari e personale laico, e oltre a lavorare nelle comunità gestiscono il budget, e valutano l'efficacia dei programmi di salute pubblica.

Lavorano in una varietà di contesti tra cui:

- Ambulatori e ambulatori specifici di comunità
- Organizzazioni governative
- Sistemi scolastici
- Organizzazioni no profit.

Il percorso formativo per poter lavorare nell'ambito dell'assistenza infermieristica pubblica, si basa su una laurea in infermieristica di base, seguito poi da un Master in Scienza Infermieristica (MSN), o un Master in Public Health (MPH).

Il MSN è un master che si ottiene dopo 2/3 anni, ed in particolar modo rivolto a migliorare le proprie capacità e prendersi cura dei singoli pazienti e delle loro famiglie.

Il MPH è un master che ha più interesse nella sanità pubblica, l'attenzione è più incentrata sull'intera comunità, rispetto al singolo individuo, è un corso che prevede educazione delle malattie e della vita sana.

Gli infermieri di sanità pubblica al fine di mantenere la loro licenza devono prendere parte alla formazione continua (CE), requisito importante per garantire a gli infermieri di rimanere aggiornati con le nuove conoscenze e ricerche.

Se da una parte l'assistenza infermieristica pubblica presenta dei vantaggi, come soddisfazioni sul lavoro, ovvero provare gioia nell'essere coinvolto nella propria

comunità fornendo aiuto a creare un cambiamento sociale, oppure aiuto alle persone mettendosi a confronto con una fascia diversificata di individui, in modo tale da avere un'ampia comprensione ed empatia per l'umanità.

Dall'altra può presentare degli svantaggi: come la pazienza, avvolte nel rimuovere ostacoli riguardanti la salute, si può andare incontro a situazioni senza speranza, quindi al fine di vedere il traguardo l'infermiere dovrà armarsi di pazienza.

Cattive abitudine di salute, non importa dove esso lavorerà nel suo percorso potrà incontrare persone con gravi problemi di salute, e potrà avvolte sentirsi impotente nel convincere le persone ad adottare le miglior condizioni, al fine di migliorare la propria vita, oppure ci potrà essere una limitazione nelle risorse, in quanto il più delle volte l'infermiere di sanità pubblica si troverà a lavorare in comunità urbane con scarse risorse e budget minimo, rendendo il proprio ruolo difficile da svolgere, è potrà sentirsi sopraffatto dalla frustrazione e dall'esaurimento.

C'è una domanda sempre crescente di infermieri di sanità pubblica, specialmente nelle comunità con basso reddito, infatti molte agenzie governative hanno riconosciuto i vantaggi dei servizi di prevenzione e di educazione sanitaria forniti dagli infermieri di sanità pubblica, nel ridurre i costi sanitari complessivi, in quanto spesso servono una popolazione diversificata.

Durante la recente crisi sanitaria di pandemia COVID-19, gli infermieri di sanità pubblica hanno agito in qualità di primi soccorritori, fornendo cure non giudicanti, efficaci e sicure all'interno della comunità, dimostrando di avere un ruolo cruciale e incredibilmente significativo nel mondo generale <sup>23</sup>.

## FAMILY NURSE PRACTITIONER

Le strutture educative in materia di infermieristica di famiglia, iniziarono a prendere forma a metà tra gli anni 60' e 70'. Nel 1971 l'Università di Washington, fu la prima ad aprire un programma PRIMEX, in grado di formare gli infermieri di Famiglia <sup>24</sup>.

Negli anni '80 poi fu istituita l' "American Academy of Nurse Practitioner". Inizialmente l'attività dei nurse practitioner era limitata all'obbligo di supervisione medica, poi con il passare del tempo, i consigli infermieristici statali hanno concesso una maggiore indipendenza, specialmente in ambito pratico.

Il Family Nurse Practitioner è un infermiere specializzato nell'assistenza primaria e specialistica di pazienti di ogni età, si concentrano principalmente sulla cura preventiva, sul monitoraggio della salute a lungo termine e sull'assistenza ai medici per eventuali problemi che potrebbero sorgere. Tra le competenze richieste troviamo:

- Esecuzione di test diagnostici e interpretazione dei risultati
- Diagnosi di condizioni di malattie
- Sviluppi di piani di trattamento
- Prescrizioni di farmaci
- Consulenza ai pazienti sui problemi di salute
- Fornire servizi sanitari preventivi
- Promozione della salute attraverso interventi sociali e ambientali
- Offrire educazione al paziente sul problema e sul piano di salute
- Fornire assistenza sanitaria e benessere a neonati e bambini
- Gestire la salute e il benessere delle donne tra cui cure prenatali e concepimento iniziali
- Coordinare assistenza con altri specialisti
- Trattare condizioni di malattie croniche

L'infermiere di Famiglia negli Stati Uniti, può lavorare, in CLINICHE: ricoprendo spesso il ruolo simile a quello di un medico di base valutando i pazienti in modo indipendente entro i limiti delle loro competenze, CENTRI COMUNITARI: svolgendo il ruolo di erogare educazione e informazione sulle corrette pratiche sanitarie, STUDI MEDICI: sostenendo il medico di base e il paziente prima e dopo la visita, AMBULATORI: analogo agli studi medici, e TELEMEDICINA: consentendo agli infermieri di avere una gamma più ampia di pazienti, sia geograficamente che socioeconomicamente, permettendo loro di connettersi rapidamente e valutare un'ampia varietà di problemi di salute <sup>25</sup>.

Il Family Nurse Practitioner racchiude in sé tratti essenziali, per poter operare nelle famiglie e nella comunità: compassione, comunicazione, ovvero saper avere un ascolto attivo, tenere in considerazione le esigenze individuali del paziente, trasmettere informazioni giuste in modo da motivare il paziente ad agire, e senso di leadership di squadra.

A livello formativo per diventare Family Nurse Practitioner, bisogna prima avere una licenza come infermiere registrato, ed essere qualificato a livello nazionale, conseguire poi un Master in Science of Nursing, attraverso un programma accreditato, l'istruzione prevede corsi accademici e pratica clinica. La pratica clinica include esperienze in aree cliniche quali:

- Assistenza primaria/medicina interna
- La salute delle donne
- Pediatria
- Famiglie in assistenza primaria

Al termine del percorso la certificazione, viene rilasciata sulla base di un esame in competenza per l'attitudine clinica all'assistenza sanitaria per famiglie e individui di tutte le età.

### **3.3 L'INFERMIERE DI FAMIGLIA IN ITALIA**

Dall'intesa sancita nella Conferenza Stato regioni in data 18 dicembre 2019, è stato emanato il Patto per la salute, un documento che da vari punti di vista prevede la valorizzazione della professione infermieristica nell'ambito dell'assistenza territoriale, finalizzata all'incremento dei bisogni di continuità assistenziale, in particolare nei soggetti fragili o affetti da multimorbidità, in virtù anche ai cambiamenti, sociodemografici del paese: come il progressivo invecchiamento della popolazione, l'incremento di persone con almeno una patologia cronica e condizione di comorbidità specialmente negli ultra settantacinquenni, progressiva semplificazione della dimensione e composizione delle famiglie, con la maggior parte degli over sessantacinquenni che vivono da sole, e una riduzione di vita liberi da disabilità nelle persone sopra i 65 anni.

Queste caratteristiche richiedono un modello assistenziale differente da quello incentrato sull'ospedale, orientato più verso un'offerta territoriale, che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona.

L'assistenza sanitaria territoriale è a tutti gli effetti, un luogo per attività di prevenzione e promozione della salute, per la presa in carico della cronicità e la personalizzazione dell'assistenza in linea con il Piano Nazionale della Prevenzione.

Nel corso degli anni, la professione infermieristica è andata incontro ad un processo di espansione ed estensione del ruolo, grazie alla formazione ha assunto in tutto il mondo forme di assistenza avanzata nelle cure primarie.

In risposta a gli obiettivi del Documento Salute 21 dell'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS), si sono sviluppati percorsi di formazione di nuove figure infermieristiche tra cui quella dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IF/C).

Nella realtà Italiana questa nuova figura dell'Infermiere di famiglia, non è ancora percepita nella sua totalità, specialmente nelle sue potenzialità.

Negli ultimi anni si è lavorato molto per inserire questa figura nel Sistema Sanitario Nazionale, ma con scarso successo, se non a livello locale/regionale.

Una svolta significativa si è avuta nel 2009 quando è nata l'AIFEC (Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità), con l'obiettivo di promuovere e sviluppare i principi dell'assistenza sanitaria primaria basata sulla centralità del cittadino, la qualità degli interventi, nonché sul sostegno ai professionisti nelle attività di ricerca per l'evoluzione dell'assistenza sanitaria di base per l'individuo, per la famiglia e per la collettività.

Le prime sperimentazioni in Italia per quanto riguarda l'Infermiere di famiglia sono avvenute tra 2015 e il 2016, nelle regioni: Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Puglia, Toscana e Lombardia. In Lombardia nel 2014 è sorto il primo ambulatorio dell'infermiere di famiglia.

Nel 2016 il Piemonte ha aderito al progetto europeo CoNSENSo, basato sull'infermiere di famiglia come figura chiave nel sostenere le persone anziane e la loro famiglia.

Il progetto ha compreso tutti gli anziani presenti sul territorio, ai quali veniva assegnato un infermiere, quest'ultimo valutava i bisogni del singolo paziente in collaborazione con il medico di medicina generale, assicurandosi dei corretti requisiti di sicurezza dell'abitazione, delle eventuali problematiche sociali, della fornitura di farmaci, nella facilità del utilizzo degli ausili, e nell'aiutare gli anziani sani o malati che siano a vivere in maniera autonoma presso il proprio domicilio il più allungo possibile.

## CAPITOLO 4

### 4.1 ESPERIENZE DI INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA IN PIEMONTE

Il Progetto Europeo CoNSENS<sup>o</sup>, è stato una delle prime sperimentazioni svolte sul ruolo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, e sul suo impatto a livello comunitario in Piemonte <sup>26</sup>. Il progetto ha avuto come scopo, l'obiettivo di favorire l'invecchiamento sano e attivo della popolazione, in modo da consentire agli anziani di vivere a casa il più a lungo possibile, con il sostegno di interventi innovativi e proattivi, centrati sulla figura dell'Infermiere di famiglia e di comunità <sup>27</sup>.

Il progetto è stato coordinato dalla regione Piemonte, dove i principali soggetti che hanno partecipato alla sperimentazione sono stati i territori di:

- Val Maira e Valle Grana dell'ASL CN1 (ASL di Cuneo), che grazie a questo progetto oggi conta diversi IFEC, impegnati su 12 ambulatori della salute, situati nelle stesse zone che hanno fatto parte del progetto CoNSENS<sup>o</sup>
- ASL TO4 (ASL di Torino), che nel periodo 2017 in parallelo al progetto europeo, aveva avviato delle sperimentazioni in Valle Orco, un territorio definito da un gran spopolamento di persone e servizi pubblici tra cui l'assenza di un medico di medicina generale. Furono così aperti ambulatori infermieristici dove 2 infermieri di famiglia e comunità iniziarono ad agire nel campo della prevenzione, educazione sanitaria, e interventi di assistenza infermieristica, creando collegamenti tra servizio sanitario, enti gestori dei servizi sociali, enti locali, parrocchie, e associazionismo, fornendo supporto e sostegno a famiglie e alla popolazione, tramite anche visite a domicilio.

Oggi grazie a questa esperienza vi è stata un'evoluzione, si contano infatti 5 IFEC: 2 operanti nel distretto di Cuorigné, 1 in quello di Ivrea, 1 nella Casa della Salute di Lanzo, e 1 al Poliambulatorio di Settimo Torinese.

Ad oggi altre esperienze di infermieristica di famiglia sul territorio piemontese li troviamo in

- ASL NO (Asl di Novara), con 5 IFEC, che collaborano con i Medici di Medicina Generale, nella gestione del paziente in PDTA (diabete, scompenso, BPCO), con l'attuazione degli interventi previsti, e il coordinamento degli interventi fra i

diversi professionisti coinvolti e caregivers, aiutando anche pazienti non autosufficienti, con la collaborazione di professionisti sanitari e socioassistenziali nella valutazione dei bisogni e nella presa in carico ambulatoriale e domiciliare.

- ASL VCO (Asl Verbano-Cusio-Ossola), che presenta 6 IFEC, 1 che presta servizio presso la Casa della Salute di Crevoladossola, mentre gli altri 5 che operano presso le cure domiciliari hanno avviato una sperimentazione, riguardanti cittadini over 65 anni e le loro famiglie, con interventi legati alla prevenzione, in collegamento con i servizi sanitari e sociali.
- ASL BI (Asl di BIELLA), gli infermieri prestano servizio negli ambulatori infermieristici della provincia, nel totale ne troviamo 32 nei territori dell'azienda, il loro operato si basa, sulla presa in carico di soggetti con cronicità in fase di avvio PTDA, soggetti con poli-patologie croniche, e saper essere di supporto all'invecchiamento. A livello comunitario operano anche in centri per anziani e centri estivi per bambini, dove con l'aiuto di insegnanti educatori, svolgono attività di educazione sanitaria. Durante l'emergenza COVID-19 hanno avuto un ruolo cruciale nel monitoraggio e controllo delle infezioni, a livello di RSA e nelle comunità per disabili.

Infine abbiamo l'ASL VC (ASL di Vercelli), un'attivazione recente, dove la sperimentazione, ha avuto lo scopo di valutare l'impatto sulla salute da parte dell'infermiere di famiglia. Nel 2018 infatti la Casa della Salute di Santhià è stata messa a confronto con la Casa di Salute di Gattinara, introducendo nella prima 4 IFEC, nella seconda nessuna figura professionale, al fine di valutare l'efficacia della figura dell'Infermiere di famiglia.

Grazie all'inserimento sul campo dell'infermiere di famiglia, in via sperimentale da parte di alcune ASL, su proposta dell'assessore alla sanità della regione Piemonte, la Giunta ha approvato le linee di indirizzo in materia di Infermiere di Famiglia e di Comunità, introducendo così a tutti gli effetti questa figura nel territorio della regione <sup>28</sup>.



## **4.2 ESPERIENZE DI INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA IN TOSCANA**

Nella regione Toscana il modello dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, nasce con la delibera 597 del 4/6/2018, con lo scopo di sviluppare nuovi modelli territoriali che rispondano alla gestione della cronicità e al sostegno dell'autocura <sup>29</sup>.

Facendo riferimento alla delibera 597 del giugno 2018 emanata dalla Regione Toscana, nell'ambito del territorio della piana di Lucca, in particolar modo nei comuni di Altopascio, Porcari, Capannori, Villa Basilica, e Montecarlo, sono circa 760 i cittadini che sono stati presi in carico dal mese di ottobre 2020 a quello di giugno 2021, con l'approccio del modello di Infermieristica di famiglia e di comunità.

Nel rispetto della territorialità e della prossimità, ogni singolo infermiere ha preso in carico un gruppo di popolazione ben identificato geograficamente, in modo da poter gestire i processi infermieristici, sia in ambito familiare che in quello dalla comunità di riferimento, sempre in cooperazione con il medico di medicina generale e pediatra di libera scelta, il medico di comunità e l'equipe multi-professionale in modo da trovare soluzioni alle varie problematiche. Ogni assistito o familiare ha potuto contare sulla presenza costante dell'infermiere di famiglia e comunità, come punto di riferimento dell'assistenza territoriale, garantendo l'accompagnamento e l'orientamento in tutta la rete di offerta sanitaria e sociale, rafforzando il territorio, per soddisfare il fabbisogno quotidiano, all'interno dei contesti familiari.

L'obiettivo principale è stato quello di indirizzare al meglio i cittadini all'accesso più appropriato dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali, instaurando un rapporto di fiducia con il medico di medicina generale, e le famiglie, creando le basi per un'azione educativa, destinata a sviluppare le capacità di autocura e di adattamento da parte dei pazienti e delle famiglie alla malattia cronica.

Durante questo periodo di esame durato 9 mesi, dalla valutazione multidimensionale sono emersi dei bisogni, a loro volta raggruppati in categorie principali: clinico-assistenziale, sociale e sociosanitaria, percorsi di prevenzione e trattamenti farmacologici. L'area a maggiore incidenza è stata quella riguardante gli interventi clinico-assistenziali.

L'iniziativa si è poi anche estesa negli ambiti territoriali dell'AUSL Toscana Nord Ovest.

Ad oggi grazie a questa esperienza, nella zona Piana di Lucca sono stati inseriti 15 infermieri, rispettivamente nelle zone delle case di salute di Marlia, Turchetto e San Leonardo in Treponzio, e la sede distrettuale di Capannori, che sono diventati insieme ai medici di medicina generale un punto di riferimento per la cittadinanza <sup>30</sup>.

### **4.3 ESPERIENZE DI INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA IN FRIULI VENEZIA GIULIA**

Nel 1998, tramite una sperimentazione nell'ambito dell'ex Azienda per i Servizi Sanitari n° 5 BASSA FRIULIANA, nasce il progetto "Infermiere di Comunità", che si è sviluppato poi nell'arco di oltre 20 anni <sup>31</sup>.

Il progetto nasce sulla base dei nuovi bisogni socio sanitari, e dall' aumento costante di malattie cronico-degenerative, e da nuove patologie sociali quali dipendenze e malesseri psicologici sul territorio. Rendendo quindi necessaria l'attivazione di nuovi modelli assistenziali che superassero la logica prestazionale (ovvero prestazione non come fine, ma come mezzo), in modo da garantire la presa in carico della persona del caregiver e della loro situazione.

Il progetto I/C si basava, sull' attuare un servizio di assistenza centrato in ogni comunità, in modo da rispondere ad uno o più comuni, aventi circa 3000-3500 abitanti, tramite la disponibilità di un infermiere dedicato, fisicamente presente nel territorio, anche con l'attivazione di un ambulatorio infermieristico.

Prima di avviare il progetto, l'organizzazione dell'assistenza infermieristica era garantita da 2 equipe infermieristiche per ogni distretto, e aveva come sede operativa il distretto stesso, per garantire il servizio, l'infermiere doveva muoversi dalla sede centrale per recarsi al domicilio dei pazienti, con la nuova modalità dell'infermiere di comunità, esso è in costanza presenza nei comuni a cui è assegnato per 6 ore al giorno su 6 giorni alla settimana, sia in ambulatorio che a domicilio.

Durante il progetto le prime difficoltà si sono riscontrate tra la diffidenza e la difficoltà nel comprendere il ruolo di questa figura, in particolar modo da alcuni professionisti, che temevano la sottrazione degli ambiti di propria competenza. Tali difficoltà si sono

poi superate grazie a primi risultati che si sono ottenuti e dalla consapevolezza che questo nuovo ruolo poteva entrare in sinergia con gli altri professionisti.

Dopo vent'anni di sperimentazione, sono stati ottenuti buoni risultati sia in termini di efficacia, che di efficienza: migliorando la capacità di risposta ai nuovi bisogni di cura dei cittadini, maggiore prossimità e accessibilità dell'infermiere, miglior rapporto di fiducia tra infermiere e utente, una migliore offerta assistenziale, maggior coinvolgimento del cittadino nelle scelte che riguardano la sua salute e quella della collettività.

## CAPITOLO 5

### CONCLUSIONI

La pandemia COVID-19 è stata, una delle peggiori situazioni, con la quale sia l'Italia che il resto del mondo ha dovuto confrontarsi, una situazione che ha colto impreparata tutta una popolazione, società e comunità specialmente dal punto di vista sanitario.

Dal giorno alla notte tante persone si sono ritrovate allo sbaraglio, confuse perse, senza una figura di riferimento, a cui volgere le proprie preoccupazioni, incertezze, domande e paure, avendo in particolar modo difficoltà ad accedere ai servizi sanitari e ritrovandosi completamente esclusi nelle proprie case.

La situazione pandemica, che ancora tutt'ora continua, non solo ha dimostrato che non si può fare solo affidamento alle strutture ospedaliere, ma ha anche evidenziato più che mai quanto è stata, e sia essenziale, questa nuova figura, il modello del "Infermiere di Famiglia e Comunità". Figura già esistente in altri paesi, e ben integrata come Spagna, Stati Uniti, Regno Unito e tanti altri, dove già da tempo affianca altri professionisti nel perseguimento e raggiungimento dello stato di salute.

Esso, è formato sotto più punti di vista, è capace di relazionarsi con il singolo, la famiglia e la comunità, di capire in profondità i bisogni, le esigenze, le necessità e le richieste che emergono dal territorio. La centralità del suo operato si basa sul singolo, la famiglia, e la comunità, non solo come ricevitori di cure, azioni e prestazioni, ma avendo anche un ruolo attivo nello scegliere e prendere decisioni in condivisione con la figura dell'Infermiere, con la dimostrazione che esso è un valido alleato, in cooperazione con altre figure, in grado di agire là dove altri si trovano limitati.

L'Infermiere di Famiglia, è l'unico in grado di agire ancor prima del manifestarsi dello stato alterato di salute, di responsabilizzare, tramite la promozione, la prevenzione, e l'educazione la persona riguardo la propria salute, di comprenderne i limiti, che essi siano fisici, economici, sociali, culturali o ambientali, in grado di motivare, stimolare la persona, la famiglia e comunità ad agire, ad affrontare problematiche e situazioni, che prima di allora risultavano spaventose per mancanza di conoscenza.

In Italia il modello d'Infermieristica e di Comunità, era già conosciuto a livello di sperimentazioni, progetti e idee sul territorio, ma non a livello legislativo, introducendolo a tutti gli effetti con la legge del 17 luglio n°77/ 2020.

Le pregresse sperimentazioni, in Friuli Venezia Giulia, regione pioniera del modello di Infermiere di famiglia e Comunità, in Piemonte con il progetto CoNSENSo, in Toscana con il territorio di Lucca, e in tante altre regioni, hanno dimostrato, quanto questa figura possa essere valida sul territorio Italiano, in particolar nell'attuale pandemia COVID-19 dove è stato una vera e propria figura di riferimento.

## SITOGRAFIA

- 1 <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1552634.pdf> L'Infermiere di Famiglia Position Statement revisione Luglio 2020 Roma
- 2 [https://www.opiverona.it/wp-content/uploads/2021/02/prospettive-infermistiche-numero-2\\_2020.pdf](https://www.opiverona.it/wp-content/uploads/2021/02/prospettive-infermistiche-numero-2_2020.pdf) OPI Verona Prospettivi Infermieristiche n° 2 Giugno-Agosto 2020
- 3 <https://www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/infermiere-di-famiglia-evoluzione-dell-assistenza-e-il-territorio.html#:~:text=L'Infermiere%20di%20Famiglia%20%C3%A8,tutto%20l'arco%20della%20vita> Nurse24 Pubblicazione 20 Ottobre 2019
- 4 <https://www.assocarenews.it/primo-piano/l-editoriale/infermiere-di-famiglia-loms-lo-lancia-nel-1974-in-italia-si-attende-una-legge-che-lo-istituisca> by Dott. Marco Ferrantino 3 dicembre 2019
- 5 <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7468469.pdf> “L'Infermiere di Famiglia” Contesto, struttura concettuale, Curriculum Traduzione a cura di M. Giustini, V. Romeo, J. Sansoni 27 gennaio 2000
- 6 <https://www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/infermiere-di-famiglia-il-futuro-dell-assistenza.html> by Andrea Ferretti Pubblicazione 15 Marzo 2017  
Aggiornato il 31 Ottobre 17
- 7 <http://www.infermierediterritorio.it/infermiere-di-famiglia-un-nuovo-ruolo-per-linfermieristica/> Pubblicazione 25 Giugno 2021
- 8 <https://www.aifec.it/blog/2019/11/26/position-paper-infermiere-di-famiglia-e-di-comunita-2019/> Pubblicazione 26 Novembre 2019
- 9 <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/DOCUMENTO-REGIONI-SU-IFeC.pdf> Proposta Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia e Comunità ex L. 17 Luglio 2020 n° 77
- 10 <https://www.infermiereonline.org/2016/08/02/linfermiere-di-famiglia-e-di-comunita-la-formazione-di-questa-nuova-figura-preso-luniversita-di-torino-e-luniversita-del-piemonte-orientale-upo/> “Rivista dell'Infermiere” n°3 2016
- 11 <https://www.nurse24.it/specializzazioni/management-universita-area-forense/chronic-care-model-assistenza-cronicita.html> by Davide Mori Pubblicazione 10 Agosto 2018

- 12 <http://www.regioni.it/newsletter/n-3750/del-07-01-2020/patto-per-la-salute-2019-2021-il-testo-20616/>
- 13 <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/patto-per-la-salute-2019-2021/> FNOPI
- 14 <https://www.aifec.it/blog/2020/09/21/legge-17-luglio-2020-n-77-il-riconoscimento-ufficiale-dellifec/#:~:text=luglio%202020%2C%20n.-,77%20e%20il%20riconoscimento%20ufficiale%20dell'IFeC,77> AIFEC 11 Settembre 2020
- 15 <https://www.fnopi.it/2020/05/20/decreto-rilancio-infermiere-famiglia-gazzetta-ufficiale/> FNOPI Pubblicazione 20 Maggio 2020
- 16 <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/infermiere-di-famiglia-e-comunita-position-statement-fnopi-regioni.html> Pubblicazione 10 Settembre 2020  
Aggiornato il 01 Ottobre 21
- 17 <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/FNOPI-INFERMIERE-DI-FAMIGLIA-E-COMUNTA-schema-4-.pdf> FNOPI
- 18 <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2021/01/Rapporti-Istisan-IFeC.pdf>  
Rapporti Istisan 20/30 a cura di C. Petrini, C. D'Aprile, G. Florida, S. Gainotti, L. Riva, S. S. Tamiozzo Roma dicembre 2020
- 19 <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2021/07/ISS-LONG-COVID.pdf>  
Rapporti ISS COVID-19 n. 15/2021 Versione del 1° Luglio 2021.
- 20 [https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=xMP\\_DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA6&dq=l%27infermiere+di+famiglia+in+inghilterra&ots=jWY8V08wq3&sig=CD6pNZum8jjBfoWFHZrXL0MHLol#v=onepage&q=l'infermiere%20di%20famiglia%20in%20inghilterra&f=false](https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=xMP_DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA6&dq=l%27infermiere+di+famiglia+in+inghilterra&ots=jWY8V08wq3&sig=CD6pNZum8jjBfoWFHZrXL0MHLol#v=onepage&q=l'infermiere%20di%20famiglia%20in%20inghilterra&f=false) “Infermiere di Famiglia e di Comunità Proposte di Policy per un nuovo Welfare” a cura di Gennaro Rocco, Silvia Marcadelli, Alessandro Stievano, Costantino Cipolla. A. 2017 BY FRANCO ANGELI s.r.l Milano Italy
- 21 <https://www.mei.it/linfermiere-di-famiglia/> Medical Evidence Pubblicazione 3 Agosto 2020
- 22 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2882394/> Americal Journal of Public Health Luglio 2010
- 23 <https://www.healthcare-management-degree.net/faq/what-is-a-public-health-nurse-and-what-are-some-of-their-areas-of-responsibility/>

- 24 <https://online.walsh.edu/news/what-does-family-nurse-practitioner-do>
- 25 <https://nursing.jnj.com/specialty/family-nurse-practitioner>
- 26 [https://www.ires.piemonte.it/relazione2020/BackgroundPaper\\_INFERMIERE.pdf](https://www.ires.piemonte.it/relazione2020/BackgroundPaper_INFERMIERE.pdf)  
L'Infermiere di Famiglia e di Comunità in Piemonte: Una Professione in Crescita a cura di Silvia Caristia Giugno 2020
- 27 <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/ricerca-innovazione/infermiere-famiglia-comunita>
- 28 <https://www.fnopi.it/2021/07/03/linee-guida-ifec-piemonte/> FNOPI Pubblicazione 03 Luglio 2020
- 29 <https://www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/infermiere-famiglia-toscana-modello-avanguardia.html> Pubblicazione 13 Giugno 2018 Aggiornato il 23 Agosto 2019
- 30 <https://nursetimes.org/infermieristica-di-famiglia-e-comunita-lesperienza-dei-primi-9-mesi-nel-territorio-di-lucca/127787> Pubblicazione 8 Settembre 2021
- 31 [https://www.opiverona.it/wp-content/uploads/2021/02/prospettive-infermieristiche-numero-2\\_2020.pdf](https://www.opiverona.it/wp-content/uploads/2021/02/prospettive-infermieristiche-numero-2_2020.pdf) OPI Verona Prospettivi Infermieristiche n° 2 Giugno-Agosto 2020



## **RINGRAZIAMENTI**

Un ringraziamento speciale alla mia famiglia che mi è stata accanto lungo tutto questo percorso, che mi ha sostenuta e appoggiata, in ogni momento con devozione e tanto amore

Grazie mille alla mia compagna universitaria Marcantoni Francesca, che ha saputo capirmi, ascoltarmi, esserci sempre, compagna di tante risate e pianti.

Ai miei amici che hanno avuto sempre una buona parola, per me anche quando la vetta sembrava irraggiungibile.

Alla mia relatrice la Prof.ssa Mariani Laura per avermi accompagnata, aiutata e appoggiata nella stesura di questo mio elaborato.

Ed infine ringrazio Orlena, cioè me stessa con tutto il cuore, per averci creduto sempre, per non aver mollato mai, per essermi rialzata ogni volta che sono caduta e per aver fatto diventare realtà il mio sogno.