INDICE

ABSTRACT 0
INTRODUZIONE 1
1. QUADRO TEORICO-NORMATIVO 2
1.1 Chi è l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)? 2
1.2 L'input per un'evoluzione professionale: la pandemia Covid-19 e la cronicità 3
1.2.1 Esperienza derivante dalla pandemia Covid-19 3
1.2.2 Dati epidemiologici delle cronicità 5
1.3 Il riconoscimento legislativo ed il recepimento della legge a livello regionale 13
1.4 La formazione complementare post-base 16
1.5 Luogo di lavoro – il territorio 19
1.5.1 Excursus storico sulle Cure Primarie in Italia 19
1.5.2 PNRR – come cambierà il distretto 22
2. OBIETTIVO DELLO STUDIO 25
3. MATERIALI E METODI 25
3.1 Domande di ricerca 25
3.2 Disegno dello studio 25
3.3 Strategie di ricerca 25
3.4 Criteri di inclusione 26
3.5 Criteri di esclusione 26
3.6 Limiti dello studio 26
3.7 Metodologia di classificazione e di estrazione dei dati nazionali 26
4. RISULTATI 27
5. DISCUSSIONE 44
6. CONCLUSIONI 57
Bibliografia e sitografia 59

ABSTRACT

Background: The hospital-centered vision that has characterized Healthcare in recent decades is moving towards an Initiative Medicine, in which the district structures and home-care represent the preferential settings of the Family and Community Nurse (FCN), the practitioner with advanced skills who should represent the connection between hospital and territory, as well as the protagonist in the management of chronic conditions and health promotion.

Aim: The purpose of this study is to understand how the FCN is currently included in the Primary Care system and its work, selecting some of the international best practices, and comparing them with pilot projects conducted in Italy.

Methods: This is a narrative review. PubMed, Google Scholar and also Google (for Italy) databases were consulted. The research question is: "*How is the Family and Community Nurse inserted in the territorial settings of international and national Primary Care in order to improve the response to care needs*?". It has been structured according to the PIO (Problem, Intervention, Outcome) methodology.

Results: As they met the eligibility criteria, 18 articles were chosen, out of which 10 from PubMed, 7 from Google Scholar and 1 from Google. The international best practices of 5 European countries were evaluated: United Kingdom; Spain; Switzerland, Holland and Norway, and compared with the Italian experiences. The study designs analyzed are: 1 RCT; 3 phenomenological studies, 7 case studies; 2 reviews; 1 working paper; 1 good practice brief; 1 report; 1 case series and 1 observational study. The discussion has been divided into 3 themes: target of care; setting; organizational model and care approach.

Conclusions: The role of the FCN is not yet embedded evenly across the Italian National Health System. Although the special feature of this nurse is its versatility, and its Identikit and specific role seem clear, formally emerges the difficulty of local health structures in inserting this figure in a rational and sustainable way. The Spanish, British and Holland models are successful best practices reccomented to be implemented in Italy.

Keywords: *"Primary health care" (PHC); "Family nurse practitioner"; "Family and Community Health Nurse"; "Primary Care Nurse"; "Care management".*

INTRODUZIONE

"La missione delle cure infermieristiche in definitiva è quella di curare il malato a casa sua...ma a che serve parlare ora dell'anno 2000?" (1889)

Florence Nightingale

Questo elaborato è nato dall'interesse verso l'evoluzione della figura infermierieristica assieme ai cambiamenti imposti dall'attuale fase di transizione che il Sistema Sanitario Nazionale si trova ad affrontare in risposta ai fabbisogni assistenziali dettati non solo dalle cronicità, ma anche dalla pandemia Covid-19. La visione ospedalocentrica che ha caratterizzato la Sanità negli ultimi decenni si sta orientando verso una Medicina d'Iniziativa, in cui il territorio ed il domicilio rappresentano i setting preferenziali dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità. Tale professionista dovrebbe rappresentare il punto di raccordo tra l'ospedale ed il territorio, nonché il protagonista nella gestione delle cronicità e della promozione della salute.

Lo scopo di questa revisione narrativa è osservare il ruolo di questa figura infermieristica (in termini di caratteristiche e funzioni) nello scenario e nei processi assistenziali nazionali (progetti pilota sperimentati in Italia, degli ultimi 10 anni) ed internazionali, riportando esperienze di altri Paesi Europei.

Nella prima sezione è stato dettagliato il quadro teorico-normativo riguardante l'inquadramento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, la sua formazione complementare, e la descrizione delle Cure Primarie in Italia. La seconda sezione definisce l'obiettivo del lavoro e la terza presenta il metodo con cui sono stati selezionati i materiali oggetto di revisione. I risultati della revisione si trovano nella quarta sezione, e la loro discussione nella quinta. Nella sezione finale vengono presentati elementi di riflessione e suggerimenti di asset organizzativi dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

1. QUADRO TEORICO-NORMATIVO

1.1 Chi è l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)?

Questa figura professionale è stata definita e descritta per la prima volta ben 23 anni fa, nel documento "*Health21*" (Ufficio Regionale [OMS], 1998)[1], una guida con l'intento di fornire un quadro di riferimento per l'azione dei paesi membri dell'UE per adeguare le proprie strategie politiche e sanitarie in base all'andamento demografico, sociale, politico ed economico-finanziario. Insieme al medico di famiglia, l'IFeC è ritenuto il perno della rete dei servizi richiesti per migliorare la risposta delle organizzazioni sanitarie sul territorio come parte integrante del più ampio sistema di Cure Primarie.

In occasione del convegno "Invecchiamento di successo: Body and Mind Connection", l'Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità (AIFeC) offre una definizione ben precisa di questa particolare figura infermieristica: "*L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è il professionista in possesso di titolo universitario post base (Master/Laurea magistrale clinica) competente nella promozione della salute e in tutti i livelli della prevenzione, nonché nella presa in carico, dal punto di vista infermieristico, delle persone nel loro ambiente familiare e di vita e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali e della comunità, al fine di mettere le persone in grado di raggiungere il miglior risultato di salute possibile*" (Obbia, 2019).

Alcuni dei principi ispiratori dell'IFeC rimandano alla Watson, un'infermiera ricercatrice californiana, che ha teorizzato il cosiddetto "Human Caring" alla fine degli anni '70: "è una filosofia dell'assistenza che si fonda sulla centralità della persona e che, pur nascendo in ambito infermieristico, si apre a tutte le professioni di aiuto alla persona" (Watson, 2013). Come ben ci illustrano i principi caritativi alla base del pensiero watsoniano gli autori dell'articolo "*Jean Watson, fondamenti moderni dell'assistenza e del prendersi cura. Una visione caritativa del mondo, tra scienza e umanesimo*" (Mercuri, Marchetti, & Paolini, 2019), chi meglio dell'Infermiere può capire i pensieri più profondi dell'anima ed il benessere della persona assistita, al fine di rendere conto ai bisogni assistenziali nella

[1] OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità

loro globalità? Con questi presupposti, il setting di cura diventa fondamentale, e di conseguenza la casa, la famiglia, la comunità dovrebbero essere il fulcro del Caring.

1.2 L'input per un'evoluzione professionale: la pandemia Covid-19 e la cronicità

1.2.1 Esperienza derivante dalla pandemia Covid-19

Il 2019 è l'anno in cui il 31 dicembre la Cina comunicava la diffusione di un "cluster" di polmoniti atipiche di origine virale, ed il 21 febbraio 2020 veniva identificato quello che erroneamente si pensava fosse il paziente zero, un 38enne di Codogno. L'impatto della pandemia sul Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ha enfatizzato l'urgenza di problematiche gestionali ed organizzative che, per quanto fossero conosciute, non avevano ancora reso evidente i loro risvolti pragmatici. Tutti gli attori del SSN sono stati costretti a porsi da una prospettiva nuova e diversa, per analizzare i processi di erogazione dei servizi e rilevare gli elementi critici, e per ricercare, nel più breve tempo possibile, di definire e modulare gli interventi correttivi.

Ben due report sulla Sanità internazionale, condotti dall'Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo (OCSE, 2019) e, rispettivamente, dalla Commissione Europea (CE, 2021), concordano sul fatto che pur essendo la spesa pubblica per la sanità in Italia (8,8% del PIL) al di sotto della media Europea (9,8%), il SSN è tra i più efficienti (il secondo in Europa dopo la Spagna e il quarto al mondo secondo una ricerca fatta da Bloomberg nel 2018 sull'efficienza dei sistemi sanitari). Tuttavia, nonostante esso si basi su un approccio "universale", cioè accessibile a tutti, esistono ancora notevoli differenze per quanto riguarda la qualità dei servizi offerti a livello delle varie regioni, e risulta difficile da sostenere, anche a causa dell'obbligo del pareggio di bilancio delle aziende sanitarie. Per quanto riguarda il personale medico e infermieristico, l'Italia è al di sopra della media Europea per i medici (4 ogni 1.000 abitanti contro la media Europea di 3,6), ma c'è una significativa carenza di infermieri (5,8 ogni 1000 abitati contro la media di 8,5 in Europa). In questo particolare scenario, la pandemia ha colto l'Italia in una posizione svantaggiata, con un numero di infermieri sottodimensionato per poter rispondere adeguatamente, ancor più preoccupante se si considera il perdurare della pandemia ed il suo impatto a medio/lungo termine.

In base al Report sul Coordinamento della Finanza Pubblica (Corte dei Conti, 2021), il SSN è riuscito a far fronte all'emergenza imposta dalla pandemia, con non pochi costi in termini di risorse finanziarie e sociali. Gli autori del report sottolineano, inoltre, che le maggiori criticità rilevate sono "*le insufficienze dell'assistenza territoriale a fronte del crescente fenomeno delle non autosufficienze e delle cronicità, oltre che il lento procedere degli investimenti sacrificati dalle necessità correnti*". Perciò, secondo la letteratura si può affermare che la situazione attuale ha evidenziato l'urgenza di rivalutare e valorizzare da una prospettiva più concreta e pragmatica alcuni temi (fino ad oggi solo teorizzati) riguardanti l'organizzazione di un adeguato sistema di assistenza sostenibile, come parte integrante delle Cure Primarie, che dovrebbero essere potenziate su tutto il territorio nazionale grazie all'implementazione del PNRR[2]. Questo Piano prevede un pacchetto di investimenti e riforme articolato in sei missioni, in linea con i pilastri della strategia europea "Next Generation EU" (CE, 2021). Le risorse stanziate sono pari a 191,5 miliardi di euro, ripartite in sei missioni, di cui alla Salute arriveranno in tutto 15,63 miliardi di euro, la missione 6. Al fine di raggiungere gli obiettivi preposti, spiccano in particolar modo le stime del personale infermieristico necessario all'implementazione degli interventi che verranno finanziati: 101.943 infermieri in totale, ripartiti nelle varie strutture territoriali come specificato nella tabella sottostante.

[2] Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è il piano preparato dall'Italia per rilanciarne l'economia dopo la pandemia COVID-19

Bozza AGENAS «DM 71*»	Offerta già attiva	Offerta mancante	Personale infermieristico necessario
2.400 Case della Comunità – CdC (1/25.000 ab.)	553 *(cfr. OASI 2021)*	1.847	Nessuno – le CdC inglobano servizi già esistenti o avviati grazie al PNRR
1.200 Ospedali di Comunità – OSCO (1/50.000 ab).	177 *(cfr. OASI 2021)*	1.023	9 infermieri per OSCO: **9.207**
602 Centrali Operative Territoriali - COT	60 *(stima prudenziale)*	542	5 infermieri per COT: **2.710**
23.000 Infermieri di Comunità (1/2.000-3000 ab.)	3.000 (1/20.000 ab., cfr. Rapporto Corte dei Conti 2021)	20.000	**20.000**
Copertura ADI progressiva del 10% degli over65 *(Hp 2h/settimana, continuativamente: 104 ore annuali)*	Copertura 6% over65 con 12h/anno *(Annuario stat. 2019 Minsal)*, corrispondente al 7,2% delle ore necessarie per coprire il target e a 4.500 infermieri impiegati (38hr settimana)	Il 93% delle ore annuali	70.026
			101.943

Tabella 1: Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale (Ministero della Salute, 2021)

Dai dati riportati in Tabella 1 si evince che, per raggiungere una copertura sul territorio nazionale rispettando il criterio di "nurse to patient ratio" pari a 1 Infermiere di Comunità ogni 2.000/3.000 abitanti, si rende necessario implementare gli attuali organici con un valore pari a 23.000 Infermieri di Famiglia. Tale incremento è fortemente sostenuto. Nonostante l'analisi del "Piano Nazionale della Cronicità per l'equità" (Aceti, Del Bufalo, & Nardi, 2021) evidenzi che l'attività dell'Infermiere di Famiglia, presente ed attivo in alcune regioni già dal 2004, abbia avuto un forte impatto positivo sulla qualità dell'assistenza (in un triennio il Friuli Venezia Giulia ha ridotto i codici bianchi di circa il 20%), anche in termini di appropriatezza dei ricoveri, sono entrati in servizio soltanto 1.132, l'11,9% delle previsioni.

1.2.2 Dati epidemiologici delle cronicità

Sulla base di una stima dell'OMS, oltre l'80% dei costi in sanità è destinato alla cronicità che rappresenta la grande sfida di tutti i Paesi sviluppati. Storicamente, l'andamento delle malattie croniche (cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, diabete, ecc.) era strettamente legato all'aumento della longevità delle popolazioni, quale diretta e naturale conseguenza del processo di invecchiamento.

Nel 2019 l'Italia viene dichiarato uno dei paesi più longevi tra i paesi industrializzati, con un'aspettativa di vita in assoluto di 83.4 anni, superata solo dalla Spagna che arriva a 83.5 anni (Age Platform Europe, 2019), dati però calati di 1.2 anni nel 2021 secondo quanto emerge dal rapporto sulla salute 'Health at a Glance 2021' (OCSE, 2021), come risultato dell'aumento del tasso di mortalità dovuto alla pandemia Covid-19. I soggetti di età pari a 65 anni ed oltre, nel 2019 rappresentavano circa il 23% della popolazione e si stima che questa percentuale potrebbe raggiungere un valore predetto tra il 32-37% nel 2050. Rispetto alla media europea, l'Italia ha il più alto numero di anziani ultra 85enni (3,6% vs 2,8% di media UE-27) (Istituto di Sanità Pubblica, 2020).
Ma negli ultimi decenni la cronicità non è più funzione del processo di invecchiamento, dato confermato dagli studi statistici riportati nella Figura 1, nella quale viene rappresentata la distribuzione della popolazione affetta da multicronicità divisa per fasce d'età e genere, che ricorre al Medico di Medicina Generale (MMG).

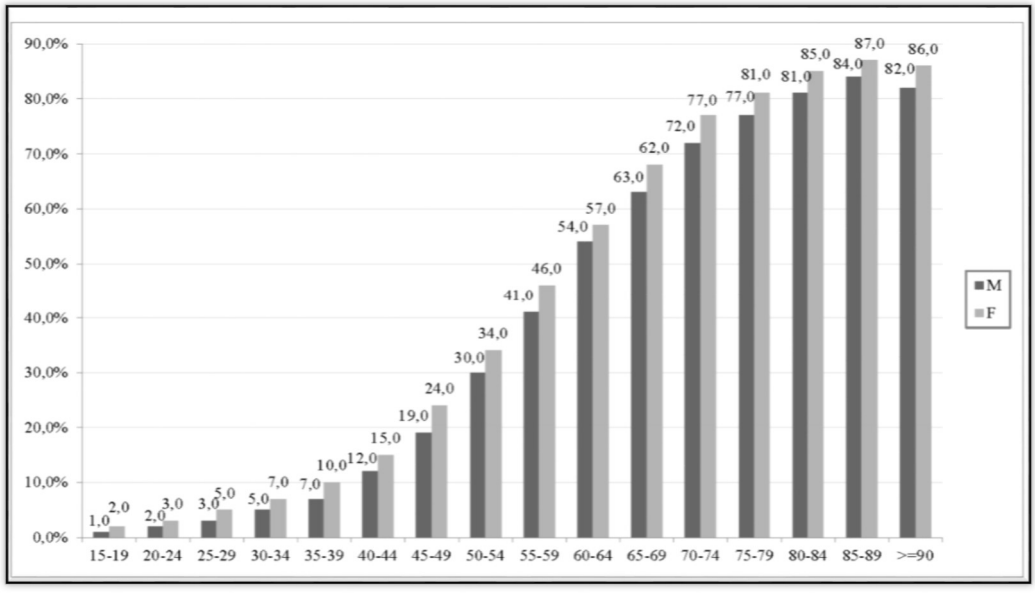

Figura 1: Proporzione (valori per 100) di contatti con il Medico di Medicina Generale dei pazienti con multicronicità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per genere e classe di età (Istituto di ricerca della SIMG, 2020)

Da notare che, benché il progressivo invecchiamento della popolazione contribuisce all'incremento considerevole di numerose patologie croniche, la loro insorgenza si

presenta sempre più nelle popolazioni meno anziane, con un trend in aumento prima dei 60 anni, a causa dell'incremento dei fattori di rischio quali fumo, alimentazione errata, alcol, sedentarietà. I dati del Rapporto Osservasalute del 2020 (Istituto di Sanità Pubblica) evidenziano che soprattutto le persone socialmente vulnerabili si ammalano e muoiono prima delle persone con posizioni sociali più elevate, soprattutto perché maggiormente esposte a prodotti nocivi, come il tabacco o pratiche alimentari non salutari, e hanno un accesso limitato ai servizi sanitari.

Anche Maciocco (2021) sottolinea che da almeno tre decenni l'incremento delle malattie croniche è di gran lunga superiore rispetto al tasso di crescita della longevità, a causa di un abnorme aumento anche di patologie diverse da quelle legate all'invecchiamento, ad esempio l'obesità e le sindromi metaboliche. Gli Stati Uniti rappresentano il punto di partenza della "epidemia" delle malattie croniche, cosi provocatoriamente chiamata dalla rivista "The Lancet" (Horton, 2005).

Anche in Italia si rileva una quota crescente di persone giovani, di età uguale o superiore ai 18 anni, in sovrappeso. Infatti, anche nel 2019, come emerge dalla Tabella sottostante, si conferma che il 35,4% della popolazione adulta è in eccesso di peso, mentre poco più di una persona su dieci è obesa (10,9%). Complessivamente, il 46,3% dei soggetti di età ≥18 anni è in eccesso ponderale.

Regioni	Sovrappeso	Obese
Piemonte	33,4	9,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31,9	10,2
Lombardia	32,1	10,0
Bolzano-Bozen	*31,2*	*7,7*
Trento	*29,7*	*8,8*
Veneto	33,1	11,2
Friuli Venezia Giulia	32,6	11,1
Liguria	33,1	10,4
Emilia-Romagna	36,6	12,3
Toscana	34,6	9,6
Umbria	34,2	11,6
Marche	34,4	11,6
Lazio	37,1	9,3
Abruzzo	34,2	12,7
Molise	37,9	15,0
Campania	39,5	11,7
Puglia	39,2	12,8
Basilicata	38,9	13,7
Calabria	39,2	12,6
Sicilia	38,0	12,6
Sardegna	34,2	7,9
Italia	**35,4**	**10,9**

Tabella 2: Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per regione (Istituto di Sanità Pubblica, 2020)

Inoltre, l'Italia risulta tra i Paesi europei con i valori più elevati di eccesso ponderale nella popolazione in età scolare, con una percentuale di bambini in sovrappeso del 20,4% e di bambini obesi del 9,4%, di cui il 2,4% gravemente obesi (Figura 1). In particolare, la Campania, con il 44,2% di bambini con sovrappeso/obesità, è la regione con il maggiore tasso di prevalenza di questa condizione. L'obesità pediatrica, determinata prevalentemente da uno stile di vita sedentario e da una scorretta alimentazione, condiziona negativamente la qualità di vita e comporta una più precoce insorgenza di patologie tipiche dell'età adulta, come ipertensione, diabete, dislipidemie e apnee notturne.

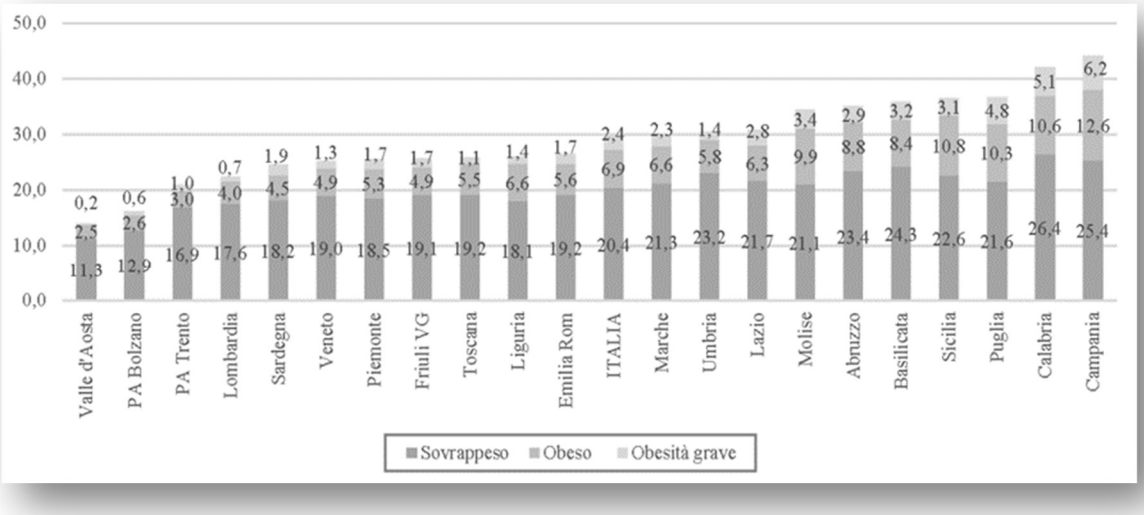

Figura 1: Prevalenza (valori per 100) di bambini di età 6-9 anni in sovrappeso, obesi e con obesità grave (International Obesity Task Force cut-off) per regione (Istituto di Sanità Pubblica, 2020)

Si cita Geneau (2010) che afferma: "... le malattie croniche sono globalmente trascurate, nonostante la crescente consapevolezza del loro peso sulla salute. Le politiche nazionali e globali hanno fallito nel contrastarle, e in molti casi hanno contribuito a diffonderle. Esistono soluzioni molto efficaci e a basso costo per la prevenzione delle malattie croniche; l'incapacità di adottarle è oggi un problema politico, piuttosto che tecnico". Da ricordare il tentativo del Ministro della Sanità presieduto da Renato Balduzzi quando nel 2012 decise di imporre una piccola tassa sulle bibite gassate, per tentare di ridurre il consumo ai fini della prevenzione di sovrappeso e obesità (Maciocco G. , 2021).

Sulla base dell'elaborazione statistica del database nazionale HS/IQVIA Health LPD, è stato possibile proiettare l'impatto epidemiologico delle cronicità sulla sanità pubblica, in particolare si sono ricavate le prevalenze delle principali patologie croniche ad elevate impatto sociale analizzando la popolazione assistita dai Medici di Medicina Generale (MMG).

Per esempio, nel 2019, l'ipertensione arteriosa è risultata la patologia maggiormente riscontrata nei pazienti in carico agli 800 MMG validati del network Health Search[3]. Secondo questa fonte bibliografica, come riportato in Tabella 2 sono stati registrati 316.615 soggetti affetti da tale patologia per una prevalenza pari al 31,7%. Questa ha preceduto l'osteoartrosi (17,7%), i disturbi tiroidei (con l'eccezione dei tumori tiroidei) (17,4%), l'asma bronchiale (9,1%), il diabete mellito tipo 2 (8,5%), l'ictus ischemico (5,0%), le malattie ischemiche del cuore (4,6%), la BPCO (3,2%), lo scompenso cardiaco congestizio (1,4%) ed, infine, la malattia di Parkison (0,3%).

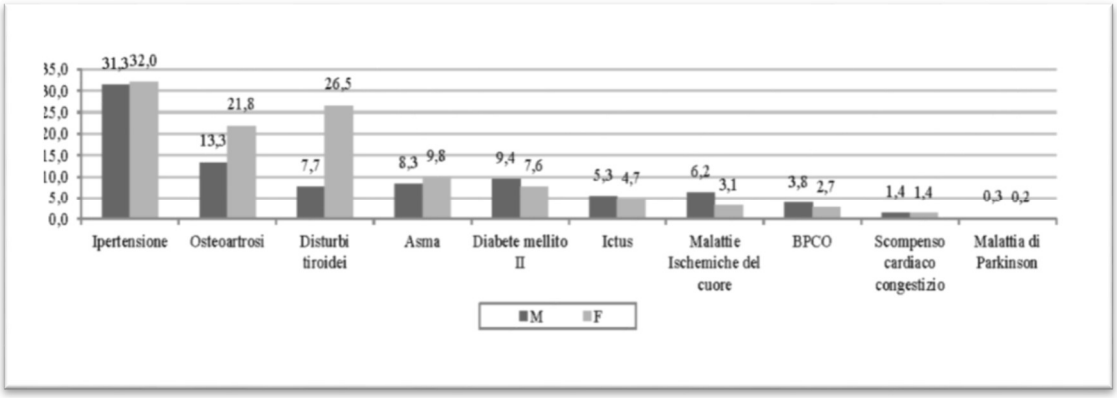

Figura 2: HS/IQVIA Health LPD ((Istituto di ricerca della SIMG, 2020)

Tutte le patologie prese in esame hanno mostrato un trend in crescita nelle stime di prevalenza dal 2014 al 2019, ad eccezione della malattia di Parkinson caratterizzata da un trend costante. Le stime di prevalenza maggiori nelle donne rispetto agli uomini hanno riguardato l'ipertensione arteriosa (F: 32,0% vs M: 31,3%), l'osteoartrosi (F: 21,8% vs M: 13,3%), i disturbi tiroidei (con l'eccezione dei tumori tiroidei) (F: 26,5% vs M: 7,7%)

[3] Health Search nasce nel 1998 come unità di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (S.I.M.G.)

e l'asma bronchiale (F: 9,8% vs M: 8,3%). Come riportato nella Figura 2, invece, le patologie associate a stime di prevalenza maggiori negli uomini rispetto alle donne comprendevano il diabete mellito tipo 2 (M: 9,4% vs F: 7,6%), l'ictus ischemico (M: 5,3% vs F: 4,7%), le malattie ischemiche del cuore (M: 6,2% vs F: 3,1%), la BPCO (M: 3,8% vs F: 2,7%) ed, infine, la malattia di Parkinson (M: 0,3% vs F: 0,2%). Lo scompenso cardiaco mostra stime sovrapponibili per entrambi i generi (M: 1,4% vs F: 1,4%).

Dal cartogramma della Figura 3 si evince la prevalenza di pazienti con multicronicità che risulta essere in crescita dal 2014 (23,6%) al 2019 (26,8%) a livello regionale, con almeno due delle patologie croniche analizzate in precedenza. Le regioni con un dato sensibilmente superiore al valore nazionale sono: Campania (35,6%), Calabria (29,9%), Basilicata (29,4%), Sicilia (28,8%), Lazio (28,7%), Abruzzo/Molise (28,5%), Emilia-Romagna (28,4%), Puglia (28,0%) e Liguria (27,3%).

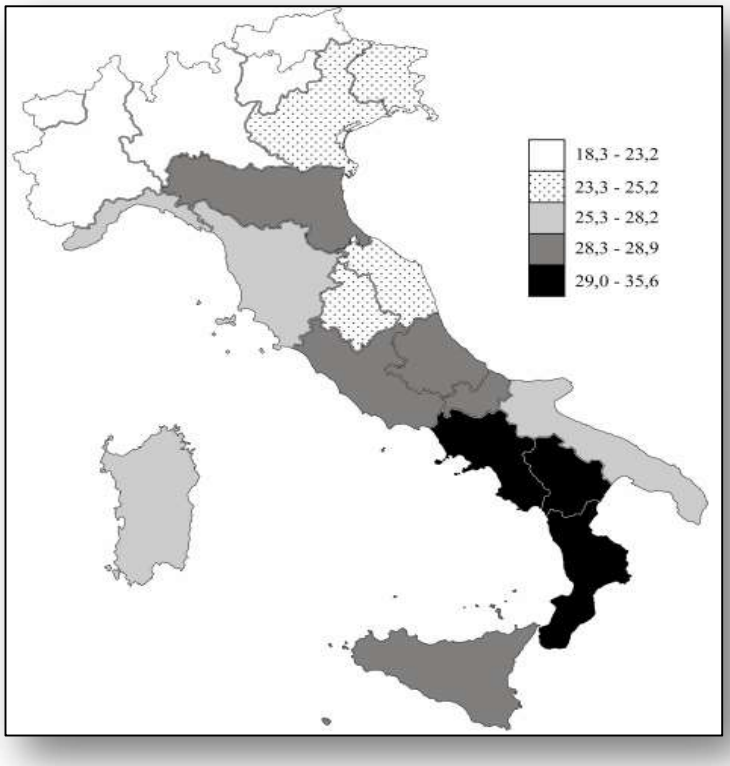

Figura 3: Proporzione (valori per 100) di contatti con il medico di medicina Generale dei pazienti con multicronicità assistiti dai medici di medicina Generale aderenti al network Health Search per regione (Istituto di ricerca della SIMG, 2020)

La figura 4 riporta invece il trend che mostra in percentuale gli assistiti in politerapia che si rivolgono al MMG, che aumentano all'aumentare del numero di patologie concomitanti.

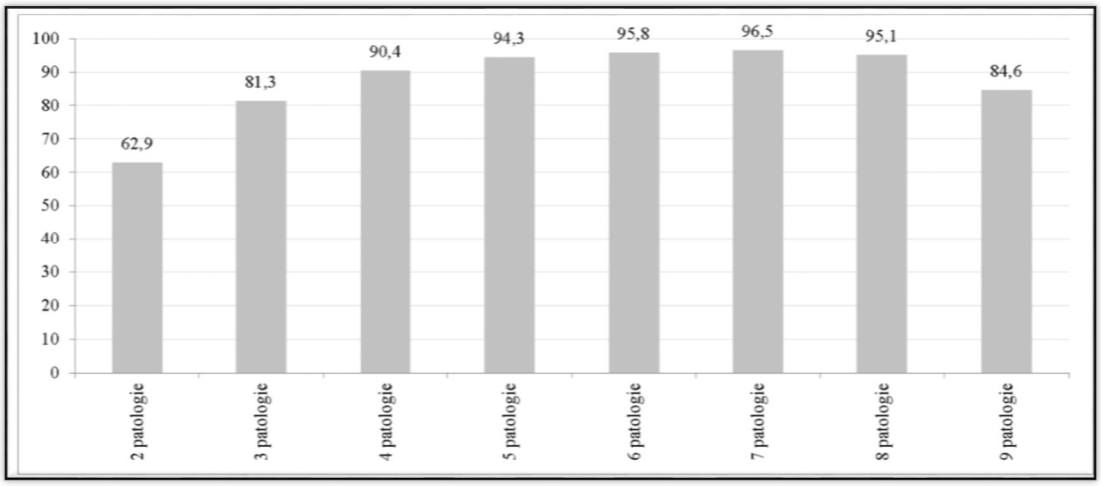

Figura 4: Proporzione (valori per 100) di pazienti in politerapia tra i pazienti con multicronicità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search per numero di patologie concomitanti (Istituto di ricerca della SIMG, 2020)

Le esigenze assistenziali dei pazienti con cronicità, non potendo raggiungere la guarigione, sono rivolte al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. "Nonostante si viva in un mondo dominato dalle patologie croniche, nei luoghi di cura si pratica una medicina quasi esclusivamente per acuti: all'alba del XXI secolo persistono modelli del XIX secolo" (Maciocco G. , 2021).

Autorevoli fonti affermano che la cronicità mette a rischio il sistema di tutela mutualistico e universalistico della Sanità italiana, per tale motivo si rende imperativa la necessità di adottare interventi sostenibili dal punto di vista finanziario, organizzativo e professionale, per rispondere in modo adeguato ai fabbisogni assistenziali soprattutto di questa ampia fascia di popolazione. Nonostante quanto affermato sia stato ampiamente dimostrato, a tutt'oggi, il SSN continua ad investire in maniera prevalente nel settore delle malattie acute, secondo il paradigma biomedico della sanità.

La letteratura concorda sul fatto che il territorio è il luogo di cura d'elezione per rispondere ai bisogni assistenziali soprattutto delle persone con cronicità e multicronicità, ma attualmente il nostro SSN sembra ancora debole ed incapace di rispondere in maniera

proattiva secondo un approccio person-oriented (e non con PDTA[4] che si basano su un approccio disease-oriented, più adatti alla gestione di una sola malattia cronica).

Il SSN italiano è stato il primo fra i Paesi europei a porre le basi per una appropriata ed equa gestione della cronicità, sviluppando nel 2016 il "Piano Nazionale della Cronicità" (Ministero della Salute, 2016), che contiene precisi richiami alla filosofia del Chronic Care Model (CCM), teorizzato da Edward Wagner del MacColl Institute for Health Care Innovation, California (Wagner, 1998). Esso rappresenta un valido modello organizzativo di presa in carico della popolazione, teorizzato per migliorare i servizi territoriali.

Secondo questo modello, se da un lato è necesario gestire al meglio la cronicità, in base a diversi livelli di complessità, dall'altro lato la popolazione sana deve essere tutelata per prevenire comportamenti a rischio, ed evitare di andare incontro a malattia. Il CCM, per rispondere al crescente bisogno di personalizzazione delle cure, è stato aggiornato dall'organizzazione sanitaria no profit Kaiser Permanente U.S.A con l'implementazione della cosiddetta stratificazione del rischio che porta, di conseguenza, ad una personalizzazione dell'intervento a seconda dei differenti livelli di rischio. Uno sviluppo del CCM è l'Expanded Chronic Care Model (ECCM), un modello modificato e ampliato del CCM, di cui si inizia a parlare negli anni 2000 ad opera di un gruppo di ricercatori canadesi (Barr et al., 2003).

L'ECCM presuppone un passaggio dal paradigma dell'attesa, che viene attualmente applicato in Italia, a quello dell'iniziativa, che richiede un cambiamento culturale importante, e presuppone il coinvolgimento di tutto il personale sanitario che opera all'interno delle Cure Primarie, i medici di famiglia e gli infermieri. Nella medicina d'iniziativa il paziente diventerebbe il protagonista attivo del processo assistenziale (Maciocco G. , 2021).

[4] Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) rappresentano uno strumento utilizzato in tutto il mondo che ha lo scopo di uniformare l'approccio clinico a determinate categorie di pazienti

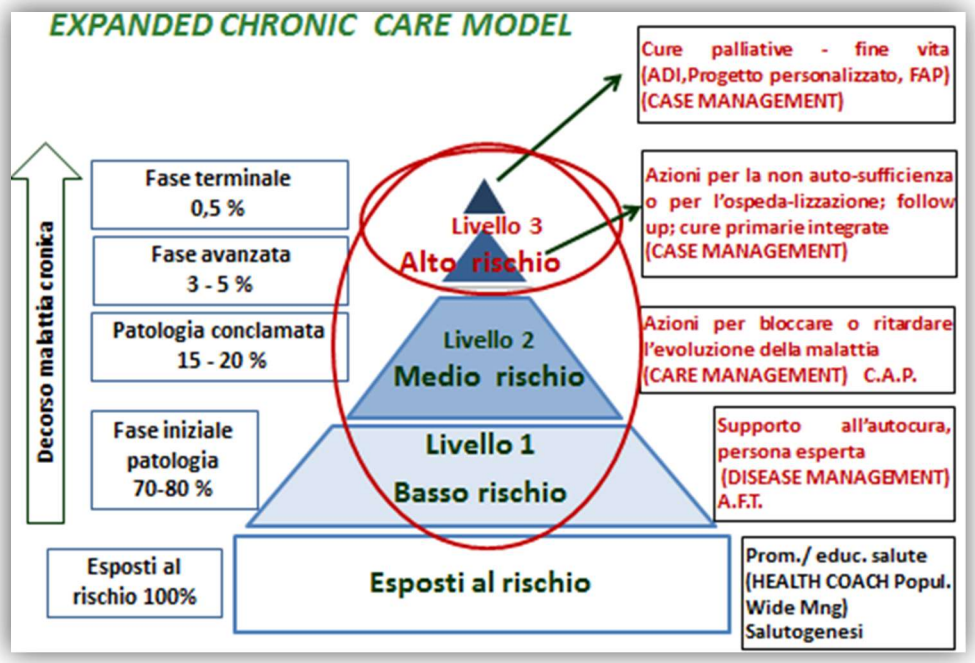

Figura 5: Stratificazione dei livelli di necessità assistenziale correlati ai livelli di rischio della popolazione. Modificata da Department of Health Government of UK, per concessione del Keiser Permanente (Pellizzari, 2019)

Benché questo modello organizzativo sia stato validato, è ancora difficile trovarne un riscontro operativo e reale. Infatti secondo il 6° Report del "Piano Nazionale della Cronicità per l'equità" (Aceti, Del Bufalo, & Nardi, 2021), l'implementazione delle misure proposte nel "Piano Nazionale della Cronicità" resta di lenta applicazione e, nonostante quasi tutte le Regioni l'abbiano formalmente recepito, solo alcune zone del Paese hanno realmente attuato quanto raccomandato dal documento.

1.3 Il riconoscimento legislativo ed il recepimento della legge a livello regionale

L'ufficiale riconoscimento dell'attività professionale del IFeC è avvenuto con la Legge 77/2020. L'IFeC è stato descritto nel più recente Patto per la Salute 2019-2021 (Conferenza Stato-Regioni, 2020), successivamente nominato nel Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (Conferenza Stato-Regioni, 2020), poi riconfermato nel decreto Rilancio DL n. 34/2020 (Presidente del Consiglio dei Ministri, 2020), art.1 c.5, convertito in Legge il 17 luglio 2020, n. 77 (Presidente del Consiglio dei Ministri, 2020), e nelle

"Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità" della Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome (2020), poi nel PNRR.

Tale identificazione si è concretizzata grazie al prezioso contributo dell'AIFeC[5], che insieme alla FNOPI[6], hanno reso possibile questo traguardo, attraverso la stesura di un Position Statement (2020). Questo documento descrive la visione d'insieme sul ruolo di questa figura infermieristica al fine di ridurne gli elementi di diversificazione interpretativa e definire in maniera univoca il modello, riconoscibile sia all'interno che all'esterno della professione infermieristica. Nelle Linee di Indirizzo del 2020 si dispone l'introduzione di questa figura allo scopo di rafforzare i servizi infermieristici sul territorio, per potenziare la presa in carico dei soggetti affetti da COVID-19 (De Lorenzo et al., 2020), anche coadiuvando le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) (Presidente del Consiglio dei Ministri, 2020) e i servizi offerti dalle Cure Primarie, in favore di tutte le persone fragili e dei soggetti affetti, da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità.

Il recepimento della Legge 77/2020 a livello regionale ovviamente ha seguito il trend della pandemia. Effettivamente, la legge prevede nello specifico l'introduzione delle USCA, anche se formalmente le regioni che hanno recepito la legge, avevano già nel proprio sistema regionale la presenza nell'equipe assistenziale della figura dell'Infermiere di famiglia e di comunità. Le regioni che avevano già inserito l'IFeC a livello territoriale sono state ritenute promotrici di buone pratiche e di modelli assistenziali innovativi e di successo, per tale motivo hanno ispirato il Governo nella stesura e trasmissione alla Commisione Europea del PNRR, con la finalità di rendere omogenea su tutto il territorio nazionale l'assistenza in ambito Territoriale. Le Regioni sono:

- Lombardia: nella L.R. 11 agosto 2015, n. 23, all'articolo 10, paragrafo 10, stabilisce: "Nell'ambito del settore delle Cure Primarie [...] è istituito il servizio dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie singolo o associato a disposizione del cittadino") (Consiglio Regione Lombardia, 2015); DGR n.3525/2020 "Adozione del

[5] Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità
[6] Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche

piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza, in attuazione dell'art. 1 dl 34, convertito con modificazioni dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77" (Consiglio Regione Lombardia, 2020);

- Emilia-Romagna: nella DGR 5 dicembre 2016, n. 2128, ha individuato gli infermieri come responsabili organizzativi delle Case della salute, nell'assistenza domiciliare, negli ospedali di comunità e negli ambulatori infermieristici per la cronicità, ecc. (Consiglio Regione Emilia-Romagna, 2016);
- Piemonte: DGR 12 giugno 2017, n. 32-5173, riferimento alla sperimentazione in occasione del progetto transnazionale CONSENSO – Community Nurse and Supporting Elderly in a Changing Society (Consiglio Regione Piemonte, 2017); DGR n. 1-2188/2020 n. 27 del 24.4.2020 "Piani di potenziamento territoriale: linee d'indirizzo sul ruolo e sulle funzioni delle Unita' Speciali di Continuita' Assistenziale (USCA) nella rete dei servizi distrettuali delle ASL del Piemonte, nell'ambito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 e criteri di riparto delle risorse" (Consiglio Regione Piemonte, 2020);
- Toscana: DGR 4 giugno 2018, n. 597, "Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale infermiere di famiglia e di comunità. Approvazione e destinazione delle risorse" (Consiglio Regione Toscana, 2018).
- Liguria: DGR n. 705/2020 "Piano di potenziamento dell'Assistenza Territoriale" (Consiglio Regione Liguria, 2020);
- Veneto: DGR n. 1523 del 10 novembre 2020. Approvazione delle linee di indirizzo "Emergenza COVID19 - Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19" (Consiglio Regione Veneto, 2020);
- Umbria: DGR n. 916 del 14/10/2020 per l'aggiornamento del DGR 710/2020 "Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale (art.1 decreto-legge 10 maggio 2020 N. 34, conversione legge N. 77 del17 luglio 2020)" (Consiglio Regione Umbria, 2020);
- Marche: DGR n. 1266/2020 "COVID-19. Procedure attuative dell'articolo 1 "Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale". Integrazione DGR n. 347 del 16.03.2020 e DGR n.384 del 27/03/2020 concernenti le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)" (Consiglio Regione Marche, 2020);

- Abruzzo: DGR n. 598/2020 “Piano di potenziamento e riorganizzazione assistenza territoriale per emergenza Covid” (Consiglio Regione Abruzzo, 2020);
- Molise: DCA n. 65/2020 "Piano di riorganizzazione per il potenziamento della rete territoriale per l'emergenza Covid" ex art. 1, D.L. n.34/2020 (convertito in Legge 17 luglio 2020, n.77) (Commissario ad acta, 2020);
- Campania: DGR n. 475/2020 “Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale” (Consiglio Regione Campania, 2020).

1.4 La formazione complementare post-base

Dal 2000 l’Ufficio Regionale Europeo (OMS) ha definito il Curriculum formativo dell’Infermiere di Famiglia. Secondo quanto descritto nella suddetta documentazione, sono declinate le competenze richieste all’IFeC, che sono: erogare assistenza; prendere decisioni; comunicare efficacemente; essere leader di comunità; essere manager.
In base a quanto affermato da Marcadelli (Rocco, G. et al, 2017), in Italia l’indirizzo formativo è stato recepito nel 2001 dalla Federazione IPASVI, nel documento: “Le linee guida per la formazione complementare in sanità pubblica”, che contiene dettagliatamente la proposta didattica per sviluppare le core competencies dell’IFeC. Questa quindi rappresenta l’origine del percorso formativo della figura, ed i primi master sono stati attivati con la denominazione “Infermieristica in Sanità Pubblica” nelle Università che si sono attivate per prime, fino a giungere alla denominazione specifica in “Infermieristica di Famiglia e di Comunità” attualmente utilizzata.
Il percorso di professionalizzazione ha una lunga storia alle spalle, ma una delle tappe fondamentali nell’evoluzione della figura infermieristica risale al DM 739/94 (Ministero della Sanità, 1994) con il quale viene stabilito il “Profilo professionale”, ovvero il campo d’azione ed i requisiti per l’esercizio professionale e l’avvio della formazione in ambito universitario. Il D.Lgs. del 28 gennaio 2016, n. 15 (Consiglio dei Ministri, 2016) (che recepisce la direttiva dell’UE del 20 novembre 2013, n. 55, per il riconoscimento delle qualifiche professionali) ha riconosciuto in Europa il profilo di “Infermiere responsabile dell’assistenza generale” e ha quindi legittimato il profilo italiano del DM 739/94. L’importanza di questo riconoscimento è l’inserimento della qualifica di infermiere nelle

sei professioni che possono ottenere, anche per via telematica, la tessera professionale europea (EPC) e accedere al lavoro in tutta l'Unione Europea in modo paritario ai cittadini locali (Maciocco G. , 2021)(p. 112).

La formazione nell'ambito della Sanità Pubblica, intesa come assistenza extraospedaliera è riconosciuta sin dagli anni 90', ma i Master di primo livello in Sanità Pubblica arrivano soltanto 10 anni dopo, nell'anno accademico 2003-2004, in concomitanza con lo sviluppo del servizio territoriale alternativo all'ospedalizzazione, conosciuto come ADI (Assistenza Domiciliare Integrata); in questa definizione non si accenna al vero e proprio modello assistenziale, piuttosto ad un "servizio". Secondo Andreoni (2000), i servizi di assistenza domiciliare erano pre-esistenti alla forma di erogazione in modo integrato, diversamente organizzati nelle diverse regioni e l'assistenza domiciliare era garantita da accessi medici strutturati e da accessi infermieristici per l'erogazione di prestazione su prescrizioni. L'assistenza domiciliare è intesa "integrata" in quanto composta da un'equipe multidisciplinare. Queste caratteristiche dei servizi territoriali implicavano la prezenza di un professionista con caratteristiche e peculiarità diverse rispetto al passato, intraprendente, con un elevato grado di autonomia, nonché capace di gestire casi complessi in ambito extraospedaliero. È cosi che ha avuto inizio la sperimentazione del Case-Manager. Tuttavia, come riportato nella nota 16 di pag.75, della seconda ricerca sulla professione infermieristica (Cipolla & Rocco, 2014), la prima esperienza italiana riconosciuta anche dall'Associazione Italiana Case Manager (AICM) è quella dell'Azienda USL di Bologna e dell'Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi, senza apportare cambiamenti organizzativi (soltanto di ruoli).

Negli ultimi dieci anni le università italiane hanno offerto sempre più spesso percorsi formativi orientati all'infermieristica in ambito territoriale. Tuttavia, l'esistenza di un'offerta formativa eterogenea, senza un comune denominatore, ha reso difficile non solo l'inquadramento chiaro della nuova figura di IFeC rispetto alle altre figure del sistema di Cure Primarie, ma ha anche reso difficile la comprensione della fruibilità effettiva in base alle aspettative di Regioni, aziende, cittadini.

L'unico percorso formativo post-laurea formalmente riconosciuto è il Master di I° livello in "Management per funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie, e della prevenzione"

(PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA, LEGGE 1 febbraio 2006, n. 43. Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali., 2006), che permette avanzamenti di carriera. In altre parole, in tutti questi anni, un numero consistente di infermieri ha conseguito un percorso professionalizzante post-laurea[7], incluso quello nell'ambito dell'Infermieristica di Famiglia, pur senza un riconoscimento formale contrattuale del titolo conseguito.

Sei paesi UE (Italia, Grecia, Finlandia, Portogallo, Germania e Belgio) hanno implementato un progetto cofinanziato dal Programma ERASMUS+, di particolare rilevanza per la figura dell'IfeC: il Progetto ENhANCE (EuropeaN curriculum for fAmily aNd Community nursE). La proposta progettuale ha coinvolto 13 partner (ITD-CNR and partners, 2018) che hanno realizzato un'analisi dei fabbisogni professionali sul territorio. Diversi Istituzioni quali, Enti che si occupano di istruzione e formazione in ambito infermieristico, organi competenti per la regolamentazione nella formazione dell'IFeC, Università, centri di ricerca, associazioni professionali e gli stessi Direttori Generali e Direttori Sanitari delle strutture pubbliche e private coinvolte, hanno contribuito alla definizione dell'attuale setting italiano che ha dato un forte input alla valorizzazione delle Cure Primarie ed all'implementazione della figura dell'IFeC nel sistema territoriale. Grazie a questo progetto, nell'arco dei quattro anni di realizzazione, 2018-2021, partendo dalle linee guida dell'OMS circa i requisiti minimi richiesti all'Infermiere di Famiglia, un gruppo di esperti di paesi diversi ha partecipato ad uno studio Delphi[8] in 3 round. Ogni competenza è stata correlata per soddisfare le competenze ESCO[9] dell'infermiere con competenze avanzate.

Uno dei risultati del progetto è la versione definitiva del Curriculum Europeo per Infermieri di Famiglia e di Comunità. Esso comprende 52 Learning Outcomes, descritti in termini di Conoscenze, Abilità e Competenze Personali e Trasversali, di cui 28

[7] Corsi non abilitanti, ma professionalizzanti, accreditati nel sistema ECM (Educazione Continua in Medicina)

[8] La tecnica Delphi è una metodologia tipica della ricerca sociale, che permette di intervistare un gruppo selezionato (detto anche panel) di esperti, chiamati ad esprimere, in forma anonima, i propri pareri ed opinioni su una determinata tematica, allo scopo di validarne alcuni tramite il confronto reciproco e la condivisione progressiva (http://qualitapa.gov.it/sitoarcheologico/relazioni-con-i-cittadini/utilizzare-gli-strumenti/tecnica-delphi/)

[9] ESCO è la classificazione multilingue delle qualifiche, competenze, abilità e professioni in Europa.

competenze ‘core’ sono state raggruppate e sono inquadrate in 7 Unità di Learning Outcomes che costituiscono la base per il curriculum europeo IFeC. Un grande risultato ottenuto per colmare il divario esistente tra le attuali competenze degli infermieri e quelle effettivamente richieste sia dalle istituzioni pubbliche che private, per l’applicazione di modelli sanitari innovativi centrati sulla Primary Care.
Il Master in Infermieristica di Famiglia e di Comunità presso l’università di Genova, uno dei partner del progetto, rappresenta il primo Master Italiano per FCN (Family and Community Nurse).

1.5 Luogo di lavoro – il territorio

1.5.1 Excursus storico sulle Cure Primarie in Italia

La visione più lungimirante e moderna della vera essenza delle Cure Primarie risale al ‘800 e la si comprende dalle parole della fondatrice della scienza infermieristica Florence Nightingale: “La missione delle cure infermieristiche in definitiva è quella di curare il malato a casa sua...ma a che serve parlare ora dell’anno 2000?” (1889). Continua: “Assegnazione a un singolo infermiere ben preparato di un gruppo di persone in cui lo stesso si occupa complessivamente dei problemi relativi alla salute e all’igiene e fornisce supporto alla famiglia” (1869). Dunque il territorio, inteso come casa e/o comunità è il luogo di cura, ed è proprio l’IFeC che, con un approccio orientato alla persona ed alla famiglia, rappresenta il fulcro dell’assistenza primaria.
Attualmente, gli autori del Rapporto OASI 2021 (CERGAS, 2021), sottolineano il fatto che il SSN italiano stia attraversando una fase di transizione, iniziata diverso tempo fa con tentativi falliti di riordino e riorganizzazione del sistema territoriale in particolar modo considerato non prioritario prima dello stato di emergenza, transizione che negli ultimi due anni è stata accellerata dalla pandemia (“quattro epoche in due anni”), proprio perché è stato il territorio il vero campo di battaglia, come prima linea di difesa del SSN contro un nemico comune.
Percorrendo la storia, il 1978 è un anno di particolare rilevanza a livello mondiale, che di conseguenza ha promosso enormi cambiamenti anche in Italia. È l’anno in cui in occasione della Conferenza di Alma Ata, l’OMS insieme all’UNICEF propongono per la prima volta la Primary Health Care (PHC), un paradigma concettuale e strutturale per

un'assistenza sostenibile, al fine di raggiungere gli obiettivi di "Salute per tutti entro l'anno 2000" (2000), che non vuole certo significare che entro l'anno 2000 tutti debbano essere sani, ma che per quell'anno nessun essere umano trovi ostacoli economici, geografici o culturali nell'accesso ai servizi sanitari essenziali. Purtroppo, come ce lo spiega Maciocco (A 40 anni da Alma Ata, Primary Health Care: now more than ever, 2018) "Health for All si è trasformata in Health for Some (Salute per pochi) e la salute da diritto è diventata commodity, bene di consumo, da acquistare sulla base della volontà e, soprattutto, della capacità di pagare". Difatti, dopo il 1978, i sistemi sanitari si sono allontanati molto dall'obiettivo auspicato, con tre principali tendenze, che si sono ampiamente verificate anche in Italia nel corso del tempo.

Il primo grande passo che l'Italia fa verso l'obiettivo di garantire il diritto fondamentale della salute e l'equità nell'accesso alle cure è la promulgazione della Legge 833/78 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, un sistema mutualistico e universalistico garantito a tutti i cittadini (PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA, 1978). Tuttavia, nonostante i vari tentativi di migliorare e di uniformare l'assistenza a livello nazionale, il SSN rimane disarticolato, e l'approccio di Primary Health Care tarda ad arrivare in Italia. Dopo anni di accantonamento di questo approccio innovativo, con il Rapporto del 2008 (Primary health care, now more than ever.), l'OMS ricorda perché**,** ora più che mai, vi è bisogno di tornare ai propositi di Alma-Ata. Il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione e l'aumento dell'aspettativa di vita portano con loro anche l'aumento delle disuguaglianze tra i paesi e anche al loro interno. Nel corso del tempo si è delineato un modello assistenziale centrato sulla cura prevalentemente delle patologie acute, con una netta impronta classicamente ospedalocentrica, chiaramente insostenibile dal punto di vista strutturale, ed inappropriata in termini di qualità assistenziale in risposta ai fabbisogni dell'utenza, con una diffusa frammentazione territoriale, quando invece, secondo il modello PHC, la promozione della salute e la prevenzione primaria potrebbero prevenire fino al 70% del carico di malattia, nella prospettiva proattiva e non reattiva nell'approccio alla salute.

In Italia, soltanto nel 2012 arriva il più corposo tentativo di riforma delle Cure Primarie con la Legge 189, meglio nota come legge Balduzzi (PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA, 2012). In particolare era l'articolo 1, "Riordino dell'assistenza

territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie" del capo 1 della legge "Norme per la razionalizzazione dell'attività assistenziale sanitaria" che consegnava alle regioni il mandato di disciplinare "le unità complesse di Cure Primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata e di "garantire (nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio) l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana". Dunque l'obiettivo della legge era quello di implementare il secondo pilastro dell'assistenza sanitaria, la Medicina di iniziativa, creando delle strutture poliambulatoriali in rete, in grado di garantire un'assistenza h 24 nei giorni feriali e festivi in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

Ma gli autori dell'articolo "*La riforma delle Cure Primarie e del ruolo giuridico del personale a convenzione. Una proposta per cambiare davvero*" (Polillo, Cosentino, & Preiti, 2021), evidenziano le lacune e le criticità emerse durate la pandemia, che confermano l'incompleta attuazione della Legge Balduzzi: "gli studi medici continuano ad essere scollegati tra loro, le ore di aperture al pubblico sono scarse e spesso a giorni alterni, le visite ambulatoriali ottenute solo con estrema fatica o, come nel caso dei malati di COVID-19, non erogate per motivi di sicurezza e il servizio notturno affidato ai medici di continuità assistenziale, sprovvisti di strumenti diagnostici e spesso esposti alle aggressioni di malintenzionati perché privi di qualsiasi protezione. Il MMG continua a lavorare in solitudine e la condivisione degli studi si traduce in una gestione in team dei pazienti di riferimento, ma solo nella ripartizione delle spese di gestione". Da non dimenticare inoltre anche l'utenza affetta da patologie croniche trascurata e messa in secondo piano, proprio perché essendo scarsa l'assistenza sul territorio, hanno dovuto far ricorso al sistema ospedaliero per prestazioni non acute, aumentando i costi sanitari, e portando, in caso di insuccesso nell'accesso alle cure, scarsa performance in termini assistenziali, con un impatto negativo sulla salute dei cittadini.

Molto importante da ricordare, ancor prima dell'arrivo della pandemia Covid-19, è la vasta campagna iniziata nel 2018 per spingere verso la riorganizzazione delle Cure Primarie in Italia, e che poi, grazie ad un lavoro collettivo, l'intera opera di promozione è stata sintetizzata nel "Libro Azzurro" (Lavoro Collettivo, 2021), che rispecchia ampiamente il vero volto delle Cure Primarie ad oggi. Il libro è diviso in sette sezioni,

ogniuna delle quali viene analizzata elencandone le principali criticità, per poi proporre delle soluzioni. I sette temi sviluppati sono:

- territorializzare le Cure Primarie;
- partecipazione della Comunità;
- governance e coordinamento: politiche adattive e educazione permanente;
- potenziare il distretto sociale e sanitario;
- dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità;
- domiciliarità e Cure Intermedie;
- formazione e ricerca in Cure Primarie.

Questo documento ha come riferiemento politico e programmatico sconosciuto in Italia, ma non in Portogallo: "*Livro Azul – Um futuro para a Medicina de Familia em Portugal*", redatto nel 1990 dalla APMCG (Associazione Portoghese di Medicina Generale e Familiare), il libro che ha ispirato la via portoghese alla Primary Health Care.

1.5.2 PNRR – come cambierà il distretto

Le novità previste dalla programmazione del PNRR (Consiglio dei Ministri, 2021), implicano dei cambiamenti organizzativi di non poco conto. Il Distretto dovrà avere una popolazione di riferimento di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione.

Nella Figura 6 è rappresentato il Distretto a seguito delle modifiche derivanti dal PNRR.

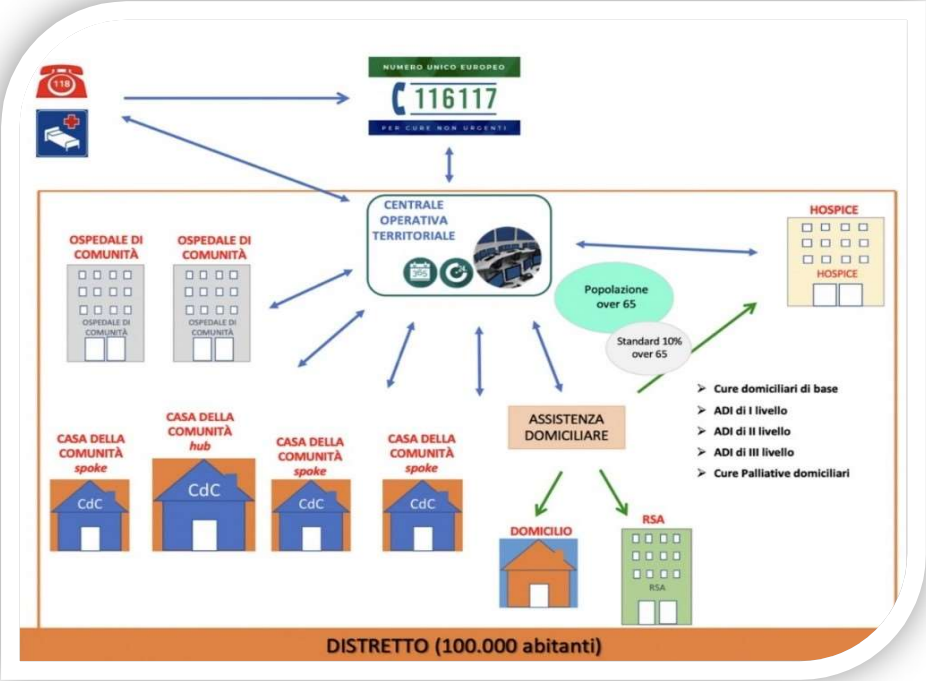

Figura 6: Organizzazione di un Distretto ideale/tipo di 100.000 abitanti di un'area urbana *(Geddes, 2021)*

La programmazione prevede:

- 1 Casa della Comunità hub per ogni Distretto e almeno 3 Case della Comunità spoke (1 ogni 30/35.000 nelle aree metropolitane; 1 ogni 20/25.000 abitanti nelle aree urbane e sub-urbane; 1 ogni 10/15.000 abitanti nelle aree interne e rurali) per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure attraverso un collegamento funzionale di riferimento; le aggregazioni della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, quali le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e UCCP (Unità Complesse delle Cure Primarie), medicine di gruppo integrate, con sede fisica all'interno delle Case della Comunità, oppure a questa collegate funzionalmente, in qualità di strutture spoke, per quei territori disagiati e a minore densità abitativa;
- 1 Infermiere di Comunità ogni 2.000-2.500 abitanti, afferenti alle Case di Comunità;

- 1 Unità Speciale di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 2 Ospedali di Comunità (20 posti letto ogni 50.000 abitanti), da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale;
- 1 Hospice fino a 10 posti letto all'interno della rete aziendale delle cure palliative;
- 1 Centrale Operativa Territoriale (1 ogni 100.000 abitanti).

All'interno di ogni Distretto sociosanitario inoltre sono previste Assistenza Domiciliare, Servizi per la Salute Mentale, le Dipendenze Patologiche e la Neuropsichiatria Infantile, Servizi per la Salute della Donna e del Bambino, Servizi per le Attività di Promozione e Prevenzione della Salute, il tutto supportato e integrato da un uso diffuso di Telemedicina. Quindi nel territorio dei Distretti ci sono e ci dovranno essere una pluralità di soggetti pubblici e privati, sociali e del terzo settore, che lavoreranno in modo congiunto per raggiungere gli obiettivi di salute della comunità.

2. OBIETTIVO DELLO STUDIO

Lo scopo di questo studio è osservare gli attuali modelli organizzativi attivati a seguito dell'introduzione dell'IFeC nel sistema di Cure Primarie. Si intende altresì condurre un Benchmarking tra esperienze internazionali e nazionali.

3. MATERIALI E METODI

3.1 Domanda di ricerca

Il quesito di ricerca è: "*Come la figura dell'IFeC viene inserita nei setting territoriali di Cure Primarie internazionali e nazionali per migliorare la risposta ai fabbisogni assistenziali*?"

3.2 Disegno dello studio

Il disegno dello studio di ricerca applicato è una revisione narrativa della letteratura.

3.3 Strategie di ricerca

Sono state consultate le seguenti fonti: PubMed e Google Scholar. È stata condotta un'analisi delle principali norme che disciplinano il setting territoriale e identificano la figura professionale del IFeC.
Sulla base del quesito di ricerca sono state ricavate le "*Keywords*" utili per costruire le stringhe di ricerca, utilizzando la metodologia PIO (Problem, Intervention, Outcome), dove la P è rappresentata dalle "*Cure Primarie*", la I dal "*Infermiere di Famiglia e di Comunità*" e la O sono i "*livelli assistenziali di presa in cura della popolazione*".
I termini ottenuti sono stati tradotti in inglese ed è stata costruita la relativa stringa di ricerca nei database selezionati, utilizzando appositi filtri ed operatori booleani. Le keywords sono: "*Primary health care*" (PHC); "*Family nurse practitioner*"; "*Family and Community Health Nurse*"; "*Primary Care Nurse*"; "*Care management*". Per quanto

riguarda PubMed, la ricerca è stata condotta all'interno dei termini MeSH Database ed i filtri sono stati considerati in base ai criteri di eleggibilità elencati nei paragrafi successivi.

3.4 Criteri di inclusione

Articoli gratuiti full text, degli ultimi 10 anni (2012-2022); lingue inglese e italiano; pertinenti rispetto all'argomento; zona geografica della letteratura internazionale: Europa.

3.5 Criteri di esclusione

Articoli afferenti a: la specifici percorsi di formazione specialistica di questa figura; la ricerca infermieristica; la presa in cura di pazienti affetti da malattie croniche specifiche (PDTA); l'adozione di strumenti particolari o innovativi nella gestione assistenziale.

3.6 Limiti dello studio

Sono stati esclusi dallo studio gli abstract in quanto ritenuti non pertinenti o non validi secondo il critical appraisal, motivo per cui ciò potrebbe rappresentare un bias di selezione degli articoli.

3.7 Metodologia di classificazione e di estrazione dei dati nazionali

È stato scelto l'Expanded Chronic Care Model (ECCM) (Barr et al., 2003) per stratificare la popolazione presa in cura dagli IFeC nei progetti-pilota italiani, in linea con i documenti programmatici del SSN (Piano Nazionale delle Cronicità). Nell'estrazione dei dati riguardanti le esperienze sperimentate in Italia si fa riferimento ad approcci organizzativi appartenenti all'ECCM, e ognuno di essi corrisponde al tipo di erogazione di cure agli assistiti in base alla diversa complessità assistenziale:

- Health Coaching e Population Wide Management (HC/PWM) (target: popolazione sana; attività di prevenzione primaria e di promozione della salute);
- Disease Management (target: popolazione malata in fase iniziale della patologia; attività di supporto all'autocura);

- Care Management (target: popolazione malata con patologia conclamata; attività atte a bloccare o a ritardare la malattia);
- Case Management (target: popolazione malata con malattia in fase avanzata o terminale; attività per la non-autosufficienza, follow-up, cure primarie integrate, cure palliative).

4. RISULTATI

I risultati vengono riportati come segue:

- nella tabella 3: la sintesi dei risultati per ogni fonte e la rispettiva stringa di ricerca utilizzata.
- nella tabella 4: una sinossi dei contenuti di ogni articolo selezionato.
- nella tabella 5: un report riassuntivo delle esperienze locali rispetto alla sperimentazione dell'IFeC in Italia.

Tabella 3: Sintesi dei risultati della ricerca

DB	Stringa di ricerca	Limiti	Nr. Articoli	Selezionati	Autore	Concetti
PubMed	("family nurse" [MeSH Terms]) OR ("Family nursing" [MeSH Terms])	Articoli full text gratuiti;	94	1	(Barnes et al., 2017)	*"Randomized controlled trial and economic evaluation of nurse-led group support for young mothers during pregnancy and the first year postpartum versus usual care"*
	("Primary Care Nursing" [MeSH Terms])	Articoli full text gratuiti;	137	5	(Gysin et al, 2019)	*"Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study"*
					(Schönenberger et al, 2020)	*"Patients' experiences with the advanced practice nurse role in Swiss family practices: a qualitative study"*
					(Hämel et al., 2020)	*"Advanced Practice Nursing in Primary Health Care in the Spanish National Health System"*
					(Clancy et al., 2013)	"*Primary Health Care: Comparing Public Health Nursing Models in Ireland and Norway*"
					(Freund et al., 2015)	*"Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world?"*
	("Community Health Nursing"[MeSH Terms])	Articoli full text gratuiti	201	4	(Lalani et al, 2019)	*"Transforming community nursing services in the UK; lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model"*
					(Drennan et al., 2018)	*"Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study"*
					(Monsen and deBlok, 2013)	"*Buurtzorg: Nurse-Led Community Care"*
					(Hegedüs et al., 2022)	"Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a Scoping Review"
Google scholar	"Infermiere di famiglia e di comunità";	2012-2022	99	6	(Crescentini et al.;, 2018)	"*Working paper. Non autosufficienza: analisi e proposte per un nuovo modello di tutela*"
					(Ferrari, 2017)	*"L'infermiere di famiglia nei nuovi setting di cura: esperienze sul campo e possibili scenari futuri"*
					(Maiocchi, 2021)	*"Il progetto Infermiere scolastico"*

					(Righetti, 2021)	*"L'infermiere dei bambini nello studio del pediatra di famiglia"*
					(Fabbri, 2019)	*"L'infermiere di parrocchia. Una sana e avvenistica collaborazione socio-sanitaria"*
					(Bezze et al., 2021)	*"Nurses in Family Pediatric Practices: A Survey of the Health Protection Agency of the Metropolitan City of Milan"*
	"family and community nursing"	2012-2022	348	1	(Dedeu & Marti, 2018)	*"Multiprofile primary health care teams in Catalonia, Spain: A population-based effective model of services delivery"*
Google	"Infermiere di Famiglia e di Comunità buone pratiche"			1	(FNOPI, 2021)	*"Le buone pratiche premiate"*

Tabella 4: Tavola di estrazione dei dati

Fonte	Scopo	Campione	Concetti	Disegno di studio	Strumenti	Risultati	Implicazioni. Commenti. Limiti
(Barnes et al., 2017)	Descrivere il programma di supporto guidato dalle Infermiere di Famiglia, per le giovani madri durante la gravidanza ed il primo anno dopo il parto rispetto alle cure abituali in **Inghilterra**	166 donne di età sotto i 20 anni o fino ai 24 anni nullipare inglesi	Intervento precoce; Gravidanza; Infermiere; Genitorialità; Maltrattamento sui minori: prevenzione e promozione della salute	RCT	Questionari The revised Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI-2); CARE Index; QALY	Setting: Domicilio; centri comunitari Target di cura: giovani donne di età inferiore ai 20 anni o 24 anni nullipare ed i loro neonati fino a 12 mesi Modello organizzativo e approccio assistenziale: approccio proattivo, con interventi mirati alla riduzione dei rischi in gravidanza dovuti a comportamenti non salutari; educazione sanitaria alla maternità e genitorialità, cura del neonato; prevenzione dei maltrattamenti. Programma nazionale Group Family Nurse Partnership (gFNP), sperimentato con successo negli SUA, e in Australia. Collaborazione con le ostetriche.	Intervento limitato dalla lentezza nell'organizzazione e nella selezione del target eleggibile.
(Gysin et al, 2019)	Valutare l'introduzione del ruolo di infermiere di pratica avanzata nelle Cure Primarie **svizzere** (APN – Advanced Practice Nurse)	Infermieri e MMG di due studi medici	Infermiere di pratica avanzata; Collaborazione interprofessionale;Assistenza primaria; Medicina di famiglia.	Studio fenomenologico	Focus-group e interviste individuali	Setting: ambulatorio MMG; domicilio Target di cura: utenza del MMG Modello organizzativo e approccio assistenziale: presa in cura globale dei pazienti; gestione avanzata degli aspetti assistenziali; riferimento al MMG; interventi assistenziali mirati ed altamente specializzati.	Assenza di una normativa per il riconoscimento formale delle competenze avanzate di questa figura.
(Schönenberger et al, 2020)	Comprendere il grado di soddisfazione dei pazienti seguiti dalla figura di Infermiere nella gestione della cronicità, come esito dei progetti pilota implementati al fine di migliorare i servizi di Cure Primarie in **Svizzera** APN – Advanced Practice Nurse)	Pazienti da 18-97 anni di 4 studi di medicina generale con un Medico di Famiglia ed un Infermiere delle Cure Primarie	Soddisfazione dei pazienti; Impatto sulla qualità dei servizi asssitenziali erogati; gestione della cronicità.	Studio fenomenologico	Interviste semi-strutturate trascritte, ed analizzate	Setting: ambulatorio MMG; domicilio Target di cura: prevalentemente pazienti provenienti da condizioni post-acute, e/o con malattie croniche. Modello organizzativo e approccio assistenziale: interventi di educazione sanitaria, di consulenza e di prevenzione secondaria e terziaria. Coordinamento delle cure in contesti diversi; continuità assistenziale tra diversi setting di cura. Valutazione person-oriented, secondo un approccio olistico; definizione di piani assistenziali personalizzati. Infermiere	I pazienti intervistati riferiscono un alto livello di soddisfazione per le prestazioni assistenziali; impatto positivo sulla qualità delle Cure Primarie; in fase

						Interscambiabile col medico per: anamnesi clinica e farmacologica, esame obiettivo, monitoraggio della malattia cronica, medicazioni ferite complesse, interpretazione esami di laboratorio.	di sperimentazione
(Hämel et al., 2020)	Descrivere l'infermieristica di pratica avanzata nell'assistenza sanitaria di base nel Sistema Sanitario Nazionale **spagnolo**	Infermieri specialisti del sistema delle Cure Primarie	Assistenza sanitaria di base, Medicina generale, Prestazione di assistenza sanitaria, Sanità comunitaria, Pratica infermieristica avanzata	Case study	n.d.	Setting: centri di Cure Primarie; territorio (es. Scuola); domicilio. Target di cura: adulti e bambini in età evolutiva. Modello organizzativo e approccio assistenziale: ogni persona è assegnata ad un MMG e un infermiere; bambini fino ai 14 anni presi in cura da un pediatra ed un infermiere pediatrico; Team multi-professionale; Task shifting da medici agli infermieri per la gestione in autonomia di pazienti cronici ma stabili; Triage per la prima visita dal medico o dall'infermiere. Ruolo infermiere: promozione della salute, prevenzione e gestione della cronicità. Responsabili di diagnosi, terapia, ricerca, educazione sanitaria, empowerment, promozione della salute, prevenzione dalla malattia. Controlli periodici programmati dei pz cronici. Prescrizione di indagini diagnostiche, ed esami di laboratorio.	Dibattito sulla prescrizione infermieristica nella PHC spagnola. Copertura capillare di tutto il territorio, anche delle zone rurali. Stretta collaborazione tra medico MMG e infermiere.
(Clancy et al., 2013)	Analizzare le somiglianze e le differenze del modello di Nursing nell'ambito delle Cure Primarie in Irlanda e in **Norvegia**	Infermieri del sistema di Cure Primarie dell'Irlanda e della **Norvegia**	Assistenza territoriale (Cure Primarie); Infermiere di Salute Pubblica; Infermiere Domiciliare.	Case study	Scambio di informazioni e buone pratiche nell'ambito del Programma europeo Erasmus	Scelta soltanto la Norvegia come buona pratica. Setting: cliniche per la salute infantile in zone geografiche assegnate; domicilio; scuole. Target di cura: bambini e giovani Modello organizzativo e approccio assistenziale: l'infermiere si occupa prevalentemente di promozione della salute, prevenzione e counselling; non prende in cura i malati, che sono il target degli infermieri delle strutture ospedaliere e degli infermieri distrettuali; offre i suoi servizi in cliniche pediatriche ed in scuole, in zone geografiche assegnate; esegue il piano vaccinale e lo screening auxologico. Approccio family e individual oriented, poco incentrato sulla	Irlanda sta attraversando un momento di transizione, con troppe criticità per essere best practice. Norvegia: manca la copertura assistenziale dei giovani con problemi di salute mentale.

						comunità. Assistenza al puerperio con un alto tasso di allattamento, sostegno materno-infantile.	
(Freund et al., 2015)	Fornire una panoramica dell'istruzione, dei compiti e della retribuzione degli infermieri e di altri membri del team di assistenza primaria in sei paesi dell'OCSE	Operatori sanitari delle Cure Primarie in diversi paesi, tra cui **Inghilterra**, e **Olanda**	Assistenza sanitaria di base; Forza lavoro; Mix di abilità; Revisione; Infermieri professionisti.	Review	Medline; ricerca libera; opinione di esperti, uno per ogni paese	**Inghilterra** Setting: territorio Target di cura: prevalentemente pazienti cronici Modello organizzativo e approccio assistenziale: servizi infermieristici di comunità forniscono assistenza infermieristica a domicilio, ma si occupano anche di alcuni aspetti della gestione delle malattie croniche che potrebbero essere generalmente considerati come "Cure Primarie"; membri del team impiegati nell'assistenza primaria sono diversi, sebbene gli infermieri registrati e gli assistenti medici/infermieristici siano i gruppi più grandi di fornitori di assistenza diretta; gli infermieri registrati prescrivere farmaci o presidi, ma solo con una formazione aggiuntiva, una caratteristica unica degli infermieri del Regno Unito; sistema di pagamento a prestazione legato a una serie di malattie croniche in cui è stato aumentata la retribuzione per il raggiungimento di determinate soglie di prestazione; sistema associato a una maggiore qualità dell'assistenza ed un aumento della retribuzione; lavoro in autonomia per la gestione dei pazienti cronici non complessi, prestazioni infermieristiche tradizionali (fleboterapia, wound care, etc.), attività di prevenzione e promozione della salute (vaccinazioni, contraccezione). **Olanda** Setting: territorio Target di cura: pazienti cronici; anziani; pazienti psichiatrici Modello organizzativo e approccio assistenziale: forte sistema di Cure Primarie,	Selezionati soltanto i paesi europei in linea con la metodologia adottata all'inizio del lavoro di ricerca. Non specificati i setting di cura del territorio. Inserita la figura di Infermiere di Salute Mentale delle Cure Primarie.

						con oltre il 90% di tutte le cure che si svolgono nell'assistenza primaria per solo il 4% del budget totale per le cure; infermieri si prendono cura di pazienti con condizioni croniche; istruiscono i pazienti sulla malattia, su come assumere i loro farmaci, li incoraggiano a cambiare stile di vita e li monitorano secondo le linee guida basate sull'evidenza. Da gennaio 2012, gli infermieri e gli assistenti medici possono anche prescrivere farmaci e svolgere in modo indipendente determinati compiti relativi alla diagnosi e al trattamento. Advanced Registered Nurses soltanto fanno parte dei team di Cure Primarie.	
(Lalani et al, 2019)	Esaminare la misura in cui alcuni dei principi del modello Buurtzorg potrebbero essere adattati per l'assistenza infermieristica di comunità nel **Regno Unito**	Infermieri di comunità del Distretto di Tower Hamlets, Londra Est, Regno Unito	Infermieristica di comunità; Nuovi modelli di cura.	Studio fenomenologico	Researcher in Residence model; interviste semi-strutturate	Setting: domicilio. Target di cura: pazienti chirurgici post-acuti dimessi a domicilio Modello organizzativo e approccio assistenziale: Buurtzorg ("quartiere") è stato concepito in Olanda nel 2006. Gli infermieri guidano la valutazione, la pianificazione e il coordinamento del paziente e la cura con autonomia nelle decisioni cliniche, nell'organizzazione degli orari di lavoro e nella determinazione dei singoli infermieri le proprie esigenze di sviluppo professionale; pratica basata sulla relazione, alti livelli di soddisfazione del paziente e del personale, sostenibilità finanziaria, responsabilizzazione del cliente e assistenza olistica con focus primario su clienti con bisogni di cura complessi sanitari e sociali. Completa autonomia professionale. Il Neighbourhood Care Team (NCT) comprende 7 infermieri di comunità e distrettuali a tempo pieno e part-time con qualifiche ed esperienze diverse e un assistente sanitario. Mix infermieri con poco e con tanta esperienza; non c'era una struttura gerarchica nel team; incaricati di fornire assistenza individualizzata ai pazienti	trasferabilità del modello influenzata da: ambiente politico, meccanismo finanziamento e struttura dei pagamenti; grado di autonomia concesso agli infermieri del modello olandese richiederebbe culturale passaggio normativo. Limitato riconoscimento e sostegno all'autogestione causa burocrazia..

						attraverso valutazioni olistiche; fornirebbero anche un servizio di riabilitazione, che non è una componente formale della fornitura di assistenza infermieristica di comunità nel Regno Unito. Infermieri visitano tra 4 e 6 pazienti al giorno.	Difficoltà con gerarchia flat.
(Drennan et al., 2018)	Valutare l'impatto del modello Buurtzorg adattato, sulla fattibilità, accettabilità e risultati efficaci in un servizio infermieristico distrettuale **inglese**	Team infermieristico di quartiere Buurtzorg, pazienti e assistenti, medici generici (GP), altri professionisti sanitari, dirigenti e infermieri distrettuali	Cure Primarie; Modello assistenziale innovativo; autonomia professionale; qualità dell'assistenza infermieristica; auto-gestione.	Case study	colloqui individuali semistrutturati e colloqui di gruppo; osservazione della pratica infermieristica e incontri di équipe, analisi di documenti interni e cartelle cliniche anonime	Setting: domicilio Target di cura: pazienti cronici Modello organizzativo e approccio assistenziale: l modello Buurtzorg adattato di assistenza infermieristica di comunità fattibile e accettabile per pazienti, assistenti, medici di famiglia e altri operatori sanitari; per i pazienti è stato preferibile alle precedenti esperienze di infermieristica distrettuale in termini di continuità assistenziale, miglioramento del supporto di molteplici condizioni a lungo termine e assistenza proattiva; capacità di prendere decisioni operative e cliniche a livello di team significava adottare pratiche che rendessero il servizio più reattivo, accessibile ed efficiente e offrissero un ambiente di lavoro più attraente; segnalate sfide da infermieri e dirigenti in relazione al riconoscimento e al supporto del concetto di team di autogestione all'interno di una grande organizzazione sanitaria burocratica; segnalazioni di efficacia ed efficienza clinica, ciò non è stato possibile quantificare, valutare o confrontare con il servizio infermieristico distrettuale standard. Le due innovazioni interagenti, vale a dire una rinnovata attenzione all'assistenza centrata sul paziente e al caregiver e al team di autogestione, sono state implementate in modo tale che pazienti, assistenti, altri professionisti sanitari e infermieri potessero identificare le differenze sia per l'assistenza che per il vita lavorativa degli infermieri.	Richiede un'indagine a lungo termine per comprendere sia il meccanismo del cambiamento che la sostenibilità.

(Monsen and deBlok, 2013)	Descrivere un modello assistenziale gestito dagli infermieri di comunità in **Olanda**	Infermieri di comunità (quartiere) olandesi	Cure Primarie; infermieri di comunità; autonomia professionale; flessibilità; presa in cura olistica; maggior qualità di vita; gratificazione professionale; Buurtzorg.	Case-study	n.d.	Setting: strutture delle Cure Primarie; ambulatori; domicilio Target di cura: anziani; pazienti cronici; pazienti con demenza o altre malattie mentali. Modello organizzativo e approccio assistenziale: operano con una rete di supporto territoriale, in collaborazione con i MMG, ed altri attori ed interlocutori del territorio per promuovere l'indipendenza e l'auto-sufficienza delle persone prese in cura; erogazione di prestazioni infermieristiche semplici e complesse; valutazione globale dei fabbisogni assistenziali e decisione in autonomia del piano assistenziale individualizzato. Team composto di massimo 12 infermieri, auto-gestiti. Necessaria iscrizione alla rete nazionale di infermieri Buurtzorg. Ogni gruppo condivide e si supporta in caso di necessità. Infermieri considerati manager di se stessi, con una completa autonomia professionale. Gestione amministrativa minima. Responsabilizzazione dei professionisti e fidelizzazione dei pazienti. Strumenti di backoffice tra cui IT avanzati utilizzati per la gestione dei pazienti.	Diventato uno standard nazionale di qualità nelle cure nella soddisfazione professionale degli infermieri. Valutato l'impatto positivo del modello sulla produttività, sui costi sostenuti,sul turn-over infermieristico e sulla soddisfazione dei pazienti.
(Heged üs et al., 2022)	Descrivere le esperienze raccolte durante l'implementazione del modello derivato da Buurtzorg al di fuori dall'Olanda	Infermieri di Comunità che hanno sperimentato il modello olandese Buurtzorg dei paesi **Svizzera; Germania; Regno Unito; Finlandia**	Buurtzorg; Assistenza domiciliare; Assistenza comunitaria; Revisione; Autogestione	Scoping Review	databases Medline, LIVIVO, CINAHL, Cochrane, JSTOR, Social Services Abstracts, SocINDEX, e PMC Europe; analisi dati software MAXQDA 2020	Setting: domicilio Target di cura: pazienti cronici o acuti post-dimissione; con malattie mentali. Modello organizzativo e approccio assistenziale: stesse caratteristiche degli studi già analizzati (Monsen and deBlok, 2013), (Drennan et al., 2018), (Lalani et al, 2019).	-
(Cresce ntini et	Descrivere il lavoro di ricerca sulla non	Persone fragili,	Fragilità; cronicità; non	Working paper	n.d.	Setting: domicilio; tele-assistenza (a distanza)	Piemonte Capofila al

al.;, 2018)	autosufficienza delle persone anziane e sulle proposte per un modello di tutela	anziane, non autosufficienti; Infermieri di Famiglia e di Comunità delle zone di implementazione Piemonte Liguria Provenza-Alpi-Costa Azzurra Carinzia Slovenia	autosufficienza; interventi preventivi; rete di supporto; infermiere di famiglia e di comunità; sperimentazione attraverso progetti pilota			Target di cura: persone anziane over 65 in zone rurali e montane isolate dai servizi socio - sanitari Modello organizzativo e approccio assistenziale: gli IFeC operano sui territori prescelti e a seguito di una fase valutativa iniziale offrono agli anziani loro affidati: supporto nelle comuni attività di vita quotidiana; prevenzione degli incidenti domestici; assistenza in eventuali terapie e monitoraggio degli indicatori di salute; prevenzione di cronicizzazione, complicanze e ricadute di patologie pregresse con conseguente possibilità di riduzione dei ricoveri evitabili, nonché dei trasferimenti in RSA o Case di riposo. L'IFeC è operatore di medicina pro-attiva: prende in carico l'anziano sano o malato e la sua famiglia, seguendolo nel tempo tramite visite domiciliari e/o follow-up telefonici; promotore di salute: controlla periodicamente determinati parametri e monitora lo stato di salute globale; infermiere nell'accezione classica: effettua prestazioni infermieristiche ovenecessario; attivatore di servizi: attiva i servizi socio-sanitari già esistenti sul territorio; connettore di rete sociale: connette la persona alla comunità e ai servizi che essa offre, con lo scopo di trovare risposta ai bisogni personali. **CHRONIC CARE MANAGEMENT e HC (ECCM)**	progetto "Co.N.S.E.N.S.O:" Programma INTERREG Spazio Alpino 2014-2020 (progetti pilota iniziati nel 2016).
(Ferrari, 2017)	Descrivere l'operato dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità nei nuovi setting di cura e delle prospettive future	Infermieri di Famiglia e di Comunità delle regioni Toscana, Friuli, Lombardia	Cronicità; Infermiere di Famiglia e di Comunità; setting di cura; tele-assistenza	Case-series	n.d.	**Toscana** Setting: distretto Target di cura: pazienti cronici Modello organizzativo e approccio assistenziale: Expanded Chronic Care Model; prevenzione; identificazione cronici a rischio; proattività: capacità da parte dell'utente di assumere un ruolo chiave nei processi sanitari che li interessano. Empowerment: conoscenza e consapevolezza di sé e dei propri bisogni di	Descrizione troppo concisa dei progetti. Non specificati interventi preventivi e di promozione della salute rivolte alla

						salute e assunzione responsabilità (il cittadino deve diventare esperto della sua malattia); Self management: il cittadino deve diventare autonomo. **CHRONIC CARE MANAGEMENT e HC (ECCM)** **Friuli: infermiere di comunità** Setting: distretto; domicilio. Target di cura: anziani, oncologici, cronici Modello organizzativo e approccio assistenziale: organizzazione in rete: intreccio operatori sanitari + operatori sociali + risorse formali e informali presenti sul territorio (vicinato, associazioni di volontariato, parrocchia). Chiunque può segnalare il bisogno di un cronico; attività educativa e anche assistenziale. **CARE MANAGEMENT** **Lombardia: infermiere di famiglia** Setting: distretto (strutture residenziali/semi-residenziali); domicilio Target di cura: pazienti cronici Modello organizzativo e approccio assistenziale: modello organizzativo gestito a 3 livelli di strutture di Cure Primarie in base a 5 livelli di stratificazione della cronicità. Facilitazione e coordinamento assistenza pazienti durante presa in carico; gestione dell'assistenza, pianificando gli obiettivi; determinazione, in collaborazione col team multidisciplinare, della durata dell'eventuale degenza e inizializzazione del piano di dimissione già al momento della presa in carico; pianificazione (eventuale) riammissione in ospedale (in caso di necessità o riacutizzazioni); valutazione continua qualità dell'assistenza fornita; facilitazione lavoro di squadra. **CASE MANAGEMENT/ HC/PWM**	popolazione sana.

(Maiocchi, 2021)	Sperimentare l'Infermiere Scolastico nel Plesso scolastico di San Martino Siccomario (PV).	Infermiere di comunità e studenti del plesso;	infermiere scolastico; educazione sanitaria; prevenzione e promozione della salute; ambulatorio infermieristico.	Case-study	Dossier sanitario per raccogliere I bisogni di salute; lettera di presentazione del progetto per i genitori; interviste e incontri,	Setting: scuola Target di cura: bambini Modello organizzativo e approccio assistenziale: allestito un Ambulatorio Infermieristico all'interno della scuola primaria: per fare un Pretriage in caso di situazioni di emergenza/ urgenza oppure di risolvere direttamente le richieste; incontri educativi, indirizzati alle classi della scuola primaria sulla tematica relativa al Covid, organizzati insieme alla Coordinatrice delle insegnanti; Progetto pilota per la validazione dei test molecolari salivari COVID-19. **HC/PWM**	Possiamo trovare infermieri scolastici (tendenzialmente infermiere pediatrico) allocati pressoché nei collegi/ convitti. Dipendenti del MIUR, inquadrati come A.T.A. (Amministrativo Tecnico Ausiliario).
(Righetti, 2021)	Descrivere il ruolo dell'Infermiere di Famiglia in uno studio pediatrico, e la tipologia si interventi infermieristici in libera professione	Infermiera di Famiglia di uno studio pediatrico Pavia (Lombardia)	Bambini in età evolutiva; triage telefonico; infermiere di famiglia; responsabilità e organizzazione del lavoro.	Case-study	intervista	Setting: studio pediatrico Target di cura: neonati e bambini in età evolutiva; madri Modello organizzativo e approccio assistenziale: modello organizzativo autonomo ambulatoriale; triage telefonico; interventi di pediatria preventiva con educazione sanitaria per la cura del neonato e allattamento al seno; promozione della salute attraverso incontri di gruppo; visite per controlli mensili auxologici; coadiuvare il medico nell'attività gestionale ambulatoriale; teleriunioni e monitoraggio o interventi formativi alle mamme/adolescenti per telefono. **HC/PWM**	Poco chiaro se il servizio è offerto gratuitamente oppure se a pagamento.
(Fabbri, 2019)	Descrivere la figura di Infermiere di Parrocchia, una declinazione dell'Infermiere di Comunità	Infermieri di Comunità operativi nelle parrocchie	Collaborazione; infermiere di parrocchia; tutela socio-sanitaria	Case-study	n.d.	Setting: parrocchia; territorio (bacino d'utenza coperto dalla parrocchia) Target di cura: fedeli adulti e bambini Modello organizzativo e approccio assistenziale: evoluzione positiva della figura dell'infermiere di comunità, declinato in un territorio che coincide con la Parrocchia. L'infermiere "di parrocchia" vorrebbe essere un infermiere "di comunità" che si pone la	Controversa la denominazione. Spiegato dall'autore che non si fa discriminazione in quanto fedeli oppure no. La parrocchia non

						finalità di valorizzare "il ruolo delle parrocchie" all'interno di un processo di costruzione della rete assistenziale socio sanitaria di prossimità. Incentivare la creazione di una rete assistenziale sempre più capillare, da parte del servizio sanitario nazionale. Coordinamento del parroco. Mettere a disposizione degli apparati sanitari, la propria conoscenza del territorio e le relazioni sociali, per attivare un percorso finalizzato alla presa in carico della persona, considerata nella sua completezza, spirituale e fisica. **HC/PWM**	rappresenta luogo di cura. Non vengono esplicitati gli interventi infermieristici ed l'approccio assistenziale
(Bezze et al., 2021)	Indagare le attività degli infermieri che operano negli studi pediatrici al fine di identificare e classificare i servizi di assistenza sanitaria infermieristica offerti dagli stessi	22 infermieri/infermieri pediatrici di studi medici pediatrici Milano (Lombardia)	Infermiere; Assistenza pediatrica primaria; Assistenza al paziente pediatrico.	Studio osservazionale	Interviste semi-strutturate	Setting: ambulatoriale presso il pediatra di libera scelta Target di cura: bambini in eta evolutiva 0-14 anni Modello organizzativo e approccio assistenziale: infermieri di supporto al medico; interventi di promozione della salute e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Triage e consulenza per telefono. Interventi educativi di supporto all'allattamento, sulla genitorialità, lavaggi nasali. Esecuzione di altre procedure come ECG, misura dei parametri antropometrici e della crescita, rilevazione dei parametri vitali. Meno medici presenti (studio non associato) e meno autonomia professionale. Attività amministrative ambulatoriali; interventi infermieristici terapeutici. **HC/PWM**	Campione limitato (Milano). Pochi studi medici collaborano con infermieri. Mancanza di una presa in cura globale ed un approccio proattivo. Inquadramento contrattuale come libero professionisti (remunerati da chi?)
(Dedeu & Marti, 2018)	Descrizione della buona pratica dei team multidisciplinari della Catalonia	Team multidisciplinari del Sistema delle Cure Primarie in Catalonia	Team multidisciplinare; infermiere di Famiglia e di Comunità.	Good practice brief	n.d.	Setting: territorio di circa 20.000 abitanti Target di cura: adulti e bambini Modello organizzativo e approccio assistenziale: lavoro in team multidisciplinare, in cui il MMG lavora insieme all'Infermiere di Famiglia e di Comunità nella gestione dei pazienti. Un team di Cure Primarie è composto nel seguente modo: un MMG e un Infermiere di Famiglia e di Comunità (1:2000	Esempio limitato alla Catalonia. Investimenti e sostenibilità anche nella formazione adeguata della gestione della

						adulti); un pediatra e un Infermiere pediatrico (1:1500 bambini sotto i 14 anni); un dentista (1:15.000 persone); un assistente sociale (per ogni team); e altri aiutanti infermieri e personale amministrativo. I membri del team condividono ruoli e responsabilità, dove gli infermieri hanno un ruolo chiave nella prevenzione delle malattie, nella promozione della salute e di educazione sanitaria; gli infermieri sono il primo punto di cura per la risoluzione delle emergenze del 70% dei casi acuti.	cronicità e delle acuzie non gravi per evitare l'ospedalizzazione. Formazione infermieristica di base dura 4 anni.

Tabella 5: Sperimentazione in Italia e buone pratiche (FNOPI, 2021)

Regione	Progetto pilota	Anno	Finanziamento	Setting	Target	Modello erogazione assistenza	Valutazione impatto
Toscana	"Fuori dal guscio"	2018	pubblico	distretto; Ser-D	pazienti affetti da malattie psichiatriche	CARE MANAGEMENT	non rilevata
	"I colori delle farfalle"	2018	pubblico	distretto, domicilio	pazienti cronici bambini e adolescenti	CARE MANAGEMENT	non rilevata
	Ambulatorio specialistico infermieristico Agliana	2018	privato	ambulatorio specialistico	pazienti di tutte le fasce d'età sani e affetti da patologie croniche	HC/PWM CARE MANAGEMENT	rilevata
Lombardia	Infermiere scolastisco IC San Martino Siccomario	2020	pubblico	scuola	studenti	HC/PWM	non rilevata
	Progetto promosso da AINS onlus	2020	privato senza scopo di lucro	altro	persone senza dimora; categorie fragili	HC/PWM	non rilevata
	Progetto IFeC di ASST di Monza	2021	pubblico	domicilio	pazienti fragili o con patologie croniche	DISEASE MANAGEMENT	non rilevata
	Progetto IFeC di ASST di Melegnano e Martesana	2021	pubblico	domicilio	pazienti fragili o con patologie croniche	CARE MANAGEMENT	non rilevata
	Servizio IFeC presso l'ASST Papa Giovanni XXIII	2020	pubblico	distretto; domicilio	pazienti acuti non gravi	DISEASE MANAGEMENT	non rilevata
	Progetto ASST Bergamo Ovest di Telemedicina IFeC	2021	pubblico	a distanza	pazienti acuti non gravi	DISEASE MANAGEMENT	non rilevata
Piemonte	Progetto dell'ASL CN1	2016	pubblico	ambulatorio specialistico	pazienti con patologie croniche	CARE MANAGEMENT	non rilevata
	Reti di assistenza comunitaria per la fragilità (REACtion) Italia /Svizzera	2020	europeo	domicilio	anziani fragili con patologie croniche	CARE MANAGEMENT	non rilevata
	Progetto per il diritto allo studio delle alunne e alunni affetti da patologie croniche che comportano bisogni speciali di salute in orario scolastico/ formativo	2014	pubblico	scuola	alunni con patologie croniche nelle scuole	CASE MANAGEMENT	non rilevata
	"La salute a portata di casa"	2017	pubblico	domicilio	residenti fragili di tutte le fasce d'età	CARE MANAGEMENT	non rilevata
	Progetto TESEO	2021	pubblico	distretto	pazienti affetti da malattie psichiatriche	CARE MANAGEMENT	non rilevata

Piemonte; Liguria; Lombardia; Emilia-Romagna	IFeC e la telemedicina: accordo di programma quadro dell'area interna Beigua-Sol	2016	europeo	domicilio; a distanza	pazienti over 65	CARE MANAGEMENT	non rilevata
Liguria	"Dalla sanità di attesa alla sanità di iniziativa in Val Bormida"	2019	pubblico	domicilio; a distanza	persone con patologie croniche	CARE MANAGEMENT	non rilevata
	"Le tappe della prevenzione"	2021	pubblico	ambulatorio mobile	over 65	HC/PWM	non rilevata
Emilia-Romagna	Montagna solidale	2017	pubblico	domicilio	pazienti over 74	CARE MANAGEMENT	non rilevata
	Infermieri di Famiglia e Comunità a Castelnovo Monti	2018	pubblico	domicilio	over 65 sani e con patologie croniche	HC/PWM CARE MANAGEMENT	non rilevata
	"Piazzetta dei Colori" progetto dell'Usl di Bologna e del Comune	2021	pubblico	distretto; domicilio	tutte le fasce d'età	HC/PWM	non rilevata
	Ambulatori infermieristici per la presa in carico di pazienti cronici	2021	pubblico	ambulatorio specialistico	pazienti con patologie croniche	CASE MANAGEMENT	non rilevata
	L'infermiere di Casa della Salute	2020	pubblico	ambulatorio	pazienti con patologia cronica;	CASE MANAGEMENT	non rilevata
	L'inferiere del Nucleo Cure Primarie	2020	pubblico	ambulatorio	pazienti con patologie acute non gravi	DISEASE MANAGEMENT	non rilevata
Friuli-Venezia Giulia	Infermiere di comunità: un elemento strategico del welfare community	2001	pubblico	ambulatorio, domicilio, distretto	anziani, pazienti oncologici, pazienti cronici, tutti i cittadini	HC/PWM CARE MANAGEMENT	non rilevata
Trentino-Alto Adige	L'equipe del Centro Salute Mentale per l'Abitare Supportato		pubblico	domicilio	pazienti affetti da malattie psichiatriche	CARE MANAGEMENT	non rilevata
Veneto	La gestione multidisciplinare del paziente con scompenso cardiaco	2021	pubblico	ambulatorio, telemedicina	pazienti con patologie croniche	DISEASE MANAGEMENT	non rilevata
	Formazione dell'educazione terapeutica e addestramento delle famiglie e dei caregiver	2017	pubblico	domicilio	caregiver	HC/PWM	non rilevata
	Servizio infermieristico ambulatoriale a Castelnovo Bariano	2020	pubblico	ambulatorio (libera professione)	pazienti di tutte le fasce d'età	CARE MANAGEMENT	non rilevata
Abruzzo	Telenursing a sostegno della salute della comunità	2021	pubblico	domicilio, a distanza	pazienti con patologie croniche	CARE MANAGEMENT	non rilevata
	Il Servizio dell'Infermiere di Famiglia nella continuità	2020	pubblico	domicilio; a distanza (telefonico)	pazienti covid (acuto non grave)	DISEASE MANAGEMENT	non rilevata

	assistenziale Ospedale - Territorio – UCAT – USCA – Cure Primarie						
	Integrazione ospedale e territorio: il modello organizzativo NAIOT	2018	pubblico	distretto, domicilio	pazienti cronici/fragili	CASE MANAGEMENT	non rilevata
Marche	Assistenza infermieristica domiciliare e ambulatoriale (Fabriano, Jesi, Senigallia, Falconara)	2003	privato senza scopo di lucro	ambulatorio specialistico, domicilio	pazienti oncologici	CASE MANAGEMENT	non rilevata
	Implementazione del modello organizzativo di infermiere di comunità (Ancona)	2019	pubblico	ambulatorio, domicilio	tutti, in particolare over 65	CARE MANAGEMENT	non rilevata
	L'infermiere: figura attiva nell'integrazione socio-sanitaria dei cittadini stranieri che vivono ai margini della società (Macerata)	2020 - 2021	pubblico; privato senza scopo di lucro; volontariato	distretto	extracomunitari	HC/PWM	non rilevata
Umbria	Infermieri in farmacia	2014	privato	distretto, domicilio telemedicina	tutti	HC/PWM; CARE MANAGEMENT	rilevata
Lazio	Infermiere di famiglia e comunità nella ASL Roma 6: Assistenza Territoriale Diffusa	2020	pubblico	distretto; domicilio	pazienti con patologie croniche	DISEASE MANAGEMENT	rilevata
	L'Infermiere di Famiglia e di Comunità nelle cronicità: analisi descrittiva nella popolazione presa in carico nella Asl Roma 4	2019-2020	pubblico	distretto; domicilio	pazienti con patologie croniche	DISEASE MANAGEMENT	rilevata
	Oncoematologia pediatrica: ospedalizzazione domiciliare	2020	pubblico	domicilio	pazienti pediatrici oncoematologici	CASE MANAGEMENT	rilevata
Calabria	L'infermiere promotore della salute nella Scuola	2014	pubblico	scuole	bambini in età evolutiva	HC/PWM	non rilevata
Puglia	Infermieristica di comunità tra presa in carico delle cronicità ed emergenza sanitaria con tecnologie innovative: DIOMEDEE	n.d.	pubblico	distretto, domicilio, a distanza	pazienti con patologie croniche	CARE MANAGEMENT	non rilevata

5. DISCUSSIONE

Sono stati selezionati complessivamente 18 articoli, di cui 10 da PubMed, 7 da Google Scholar e 1 da Google. Sono state valutate le buone pratiche internazionali di 5 paesi europei, e confrontate con le esperienze italiane (Tabella 6).

Regno Unito	(Barnes et al., 2017), (Freund et al., 2015), (Lalani et al, 2019), (Drennan VM, et al, 2018), (Hegedüs et al., 2022)
Spagna	(Hämel et al., 2020), (Dedeu & Marti, 2018)
Svizzera	(Gysin et al, 2019), (Schönenberger et al, 2020), (Hegedüs et al., 2022)
Olanda	(Freund et al., 2015), (Monsen and deBlok, 2013)
Norvegia	(Clancy et al., 2013)
Italia	(Crescentini et al.;, 2018), (Ferrari, 2017), (Maiocchi, 2021), (Righetti, 2021), (Fabbri, 2019), (Bezze et al., 2021), (FNOPI, 2021)

Tabella 6: Paesi analizzati

Prendendo in esame la tipologia di studio, il campione selezionato mostra le seguenti caratteristiche:

Disegni di studio	Quantità	Fonte
RCT	1	(Barnes et al., 2017)
Studio fenomenologico	3	(Gysin et al, 2019) (Schönenberger et al, 2020) (Lalani et al, 2019)
Case-study	7	(Hämel et al., 2020) (Clancy et al., 2013) (Drennan VM, et al, 2018) (Monsen and deBlok, 2013) (Maiocchi, 2021) (Righetti, 2021) (Fabbri, 2019)
Review	2	(Freund et al., 2015) (Hegedüs et al., 2022)
Working paper	1	(Crescentini et al.;, 2018)
Good practice brief	1	(Dedeu & Marti, 2018)
Report	1	(FNOPI, 2021)
Case series	1	(Ferrari, 2017)
Studio di prevalenza	1	(Bezze et al., 2021)

Tabella 7: Prevalenza disegni di studio

La discussione critica dei contenuti è stata suddivisa in 3 aree tematiche:

- ***Target di cura***

Visto il differente approccio assistenziale richiesto per la presa in carico di pazienti adulti rispetto a pediatrici, si è deciso di individuare due ambiti differenti.

A. Pazienti pediatrici: nell'esperienza inglese, gli autori della ricerca Barnes et al., (2017) descrivono l'attività dell'Infermiere di famiglia rivolto alle puerpere molto giovani e dei loro neonati/bambini entro l'anno di età, nell'ambito del Programma Nazionale "Group Family Nurse Partnership (gFNP)", sperimentato con successo anche negli USA, e in Australia. In questo contesto non risulta necessaria una specifica formazione in ambito pediatrico in quanto il team assistenziale è composto da un'Infermiere di Famiglia e da un'ostetrica. Va sottolineato il fatto che il target specifico dell'Infermiere di Famiglia inglese non è esclusivo (benchè rientri in un programma nazionale mirato), a differenza del target unico dell'Infermiere di Famiglia norvegese (Clancy et al., 2013), il quale, specializzato in Salute Pubblica, offre interventi di promozione della salute e prevenzione primaria e secondaria esclusivamente alla popolazione in età pediatrica, con una copertura pubblica universale e gratuita.

Particolarmente interessante risulta il modello spagnolo, che gli autori dei due studi Hämel et al., (2020) e Dedeu e Marti, (2018) descrivono come un'eccellenza nell'organizzazione e nell'erogazione delle Cure Primarie. Rilevante è l'organizzazione dei team multidisciplinari, che sono distinti per la popolazione pediatrica e per quella adulta, essendoci un team assegnato ad un bacino d'utenza appartenente ad una zona geografica con una popolazione di circa 20.000 abitanti. Nella presa in cura della popolazione pediatrica opera un infermiere pediatrico che lavora insieme ad un pediatra, con un rapporto di 1:1.500 bambini, con fascia di età sotto i 14 anni, con una copertura finanziaria pubblica, universale e gratuita. Gli altri studi non approfondiscono l'ambito pediatrico.

Facendo un confronto con l'Italia, il report che riassume le buone pratiche locali (FNOPI, 2021), evidenzia che soltanto il 12,5 % (Figura 8) dei progetti-pilota sono stati rivolti esclusivamente alla popolazione pediatrica, sana o malata, ed il 14,3 % a tutte le fasce d'età, non potendo in tal modo quantificare esattamente le azioni mirate soltanto ai bambini. Tre studi (Righetti, 2021, Bezze et al., 2021 e Maiocchi, 2021) descrivono il ruolo dell'infermiere nella gestione dei bambini in età evolutiva, però in contesti diversi, denotando attualmente la mancanza di uno standard assistenziale in tale direzione. Lo studio di Maiocchi (2021) descrive l'attività infermieristica simile a quella norvegese, che opera però esclusivamente nelle scuole, il cui target sono i bambini che frequentano le scuole di riferimento, e la disponibilità all'erogazione delle prestazioni infermieristiche soltanto nelle ore scolastiche o anche meno, a differenza dell'infermiere di famiglia norvegese che opera nelle scuole per dare continuità assistenziale alle cliniche dedicate

alla salute infantile ed alle visite domiciliari. L'autore italiano parla dell'Infermiere scolastico, senza però approfondire bene il ruolo della figura e soprattutto le azioni congiunte con la rete territoriale dei professionisti, ovvero con il pediatra, o con i servizi di assistenza sociale. Nello stesso studio di ricerca viene inoltre precisato che tendenzialmente gli infermieri pediatrici, ad oggi sono assegnati, oltre agli ambiti lavorativi ospedalieri pediatrici, ai collegi/convitti e sono dipendenti del MIUR[10] (e non del Ministero della Salute come professionisti sanitari), inquadrati contrattualmente come ATA (Aministrativo Tecnico Ausiliario). Nella sperimentazione dell'Infermiere scolastico, viene espressamente precisato il riferimento ad infermieri pediatrici o con una formazione complementare post-laurea in pediatria e riconosciuta come tale anche dal punto di vista contrattuale.

Premessi i principi che definiscono l'operatività del SSN, quale Sistema universale-gratuito-accessibile, si rilevano alcune perplessità negli studi di Righetti, (2021), Bezze et al., (2021) ed uno dei progetti-pilota emerso dal report della FNOPI, (2021). In base ai risutalti che sono stati rilevati, sembrerebbe che l'assistenza infermieristica realizzata in queste esperienze sia a pagamento e non gratuita.

Nel Protocollo d'Intesa firmato nel 2014 tra Regione Piemonte e Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, siglato nella città di Biella, vengono promosse sinergie istituzionali per il diritto allo studio degli alunni affetti da patologie croniche che, in seguito al grado di complessità assistenziale, richiedono interventi specifici, modulati in orario scolastico. L'esperienza sopra citata prevede il coinvolgimento delle seguenti figure professionali: il care manager (Infermiere), che si occupa di stabilire i contatti con l'Istituto scolastico che ha segnalato il caso; la famiglia dell'alunno; il pediatra di riferimento; gli Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC), che assieme ai care manager programmano corsi di formazione ad hoc per il personale scolastico, per fornire informazioni sulla patologia e sui bisogni specifici di ogni singolo alunno, coinvolgendo tutti gli operatori che seguiranno l'alunno. Questo modello ha messo in evidenza l'esistenza di una sinergia ormai consolidata da diversi anni tra scuole, distretti sanitari e famiglie per una inclusione scolastica attraverso un processo che prevede, da un lato, la trasformazione delle scuole per renderle ambienti idonei all'accesso di tutti i ragazzi a prescindere dalla condizioni di salute e/o disabilità e dall'altro una nuova competenza sanitaria in capo ai distretti sanitari con la funzione del

[10] Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca.

care management infermieristico e IFeC come snodo determinante per l'innesco di tale processo.

Un ottimo esempio virtuoso nella gestione di bambini affetti da malattie croniche si trova in Toscana, ad Arezzo, ed è stato realizzato con il progetto "I colori delle farfalle", che prevede il coinvilgimento dell'Infermiere di Famiglia e del care manager. Quest'ultimo opera in ambito domiciliare e comunitario, nella gestione di pazienti cronici in età evolutiva (bambini e adolescenti), che organizza e coordina le attività assistenziali, attivando una rete multi-specialistica tra i vari setting di cura: ospedalieri, territoriali e istituzionali (scuola e famiglia).

B. Pazienti in età adulta: essendo l'Europa una dei continenti più interessati dal processo di invecchiamento della popolazione, diviene maggiormente critica la gestione degli adulti, non solo in termini quantitativi, ma anche in termini qualitativi.

Nell'analisi del ruolo dell'IFeC per quanto riguarda gli adulti, bisogna suddividere la popolazione adulta in diverse categorie:

- la popolazione sana (per tutelare e preservare il più a lungo possibile la salute);
- la popolazione malata: gli affetti da malattie mentali (in quanto gestiti dalle strutture socio-sanitarie delle Cure Primarie), gli affetti da patologie croniche, gli affetti da malattie acute non gravi (che non richiedono ospedalizzazione se adeguatamente curati dai professionisti delle Cure Primarie), i malati terminali (ai quali bisogna offrire cure palliative ed evitare l'accanimento terapeutico), e le categorie fragili (dal punto di vista sociale e quindi maggiormente esposte a vari rischi).

Leggendo ed analizzando la letteratura europea, si relevano esempi importanti e consolidati, particolarmenti efficaci nell'aumentare la qualità delle cure sul territorio, ovvero nella copertura dei servizi dal punto di vista geografico con modelli di sostenibilità a lungo termine.

In tre paesi europei, rispettivamente Spagna, Olanda e Svizzera, emerge la figura dell'Advanced Practice Nurse (APN) focalizzata verso fasce di pazienti che richiedono cure assistenziali particolarmente complesse.

Hämel (2020) ci fa notare che studi recenti confermano che il modello di sviluppo dell'infermiere specializzato in Spagna corrisponde al modello di sviluppo internazionale di APN, tra cui l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, specializzato in assistenza sanitaria primaria. Questa figura professionale, pur avendo lo stesso background

formativo/specialistico, potrebbe avere una denominazione diversa su base regionale che, però, non definisce diversamente il ruolo. Secondo l'autore questo tipo di infermiere ha la capacità tecnica, organizzativa e relazionale per gestire in autonomia pazienti cronici, ma stabili. È un infermiere con competenze avanzate (diversa dall'infermiere chiamato "General Practitioner"), in grado di fare una valutazione adeguata dei fabbisogni assistenziali, di provvedere all'assistenza clinica necessaria, di prescrivere in autonomia esami di laboratorio ed esami diagnostici, oltre che farmaci, nonostante ci sia però ancora un dibattito sulla legalità di una pratica ormai consolidata, ma ancora molto discussa. Dal punto di vista dell'accessibilità ai servizi ed alla loro capillarità sul territorio, (Dedeu & Marti, 2018) sottolineano la copertura del servizio infermieristico (l'infermiere che lavora insieme al medico generalista) con un rapporto di 1: 2.000 pazienti adulti in cura (su base geografica), ed apertura al pubblico dalle 8 alle 20 su due turni. Oltre ai pazienti cronici e complessi, altro target di cura riguarda le persone sane, che vengono gestite con interventi preventivi e di promozione della salute.

Per altro aspetto, è, atresi interessante, notare l'ampia prevalenza (70%) dei pazienti acuti "non gravi" che vengono gestiti direttamente dai team di Cure Primarie, a differenza dell'Italia dove spicca la bassa percentuale di questa fascia di popolazione, e soltanto il 7,1% (di cui gran parte pazienti affetti da Covid) sono presi in cura dalle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale), composte da un medico ed un infermiere ed introdotte soltanto nel 2020 per affrontare al meglio la pandemia.

Le basse percentuali notate nella Figura 8 (in riferimento ai pazienti acuti "non gravi", ai pazienti oncologici, ai pazienti anziani) rispecchiano l'inappropriatezza della Cure Primarie, attualmente, nella gestione di pazienti che dovrebbero essere prioritari per le aziende sanitarie al fine di cambiare la visione ospedalocentrica, e rispondere maggiormente ai bisogni assistenziali del territorio.

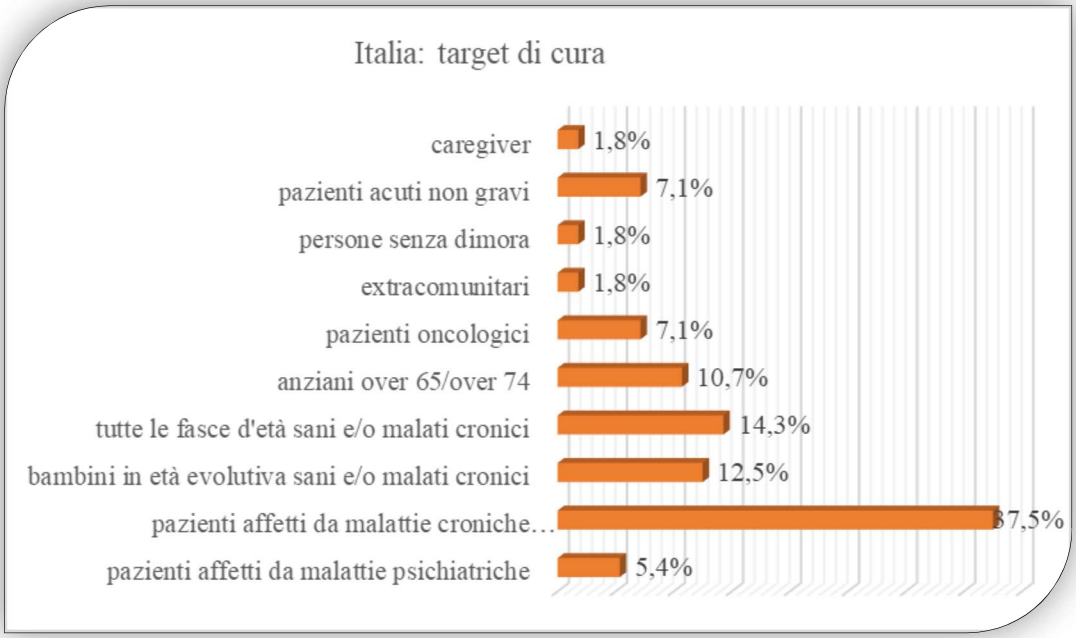

Figura 7: Elaborazione percentuale dei target di cura

Mentre in Spagna la figura dell'APN sembra oramai conosciuta e presente da tempo, in Svizzera si parla di un professionista introdotto nel sistema delle Cure Primarie soltanto recentemente. Due studi qualitativi fenomenologici (Gysin et al, 2019 e Schönenberger et al, 2020) descrivono l'impatto positivo di questo tipo di infermiere nella gestione dei pazienti complessi nell'ambito dell'assistenza di base, confermando la versione spagnola del modello. Il primo studio esplica i diversi punti di forza e di debolezza di questa figura infermieristica, che da un lato è associata ad una migliore valutazione assistenziale e gestione di pazienti complessi, con una relativa migliore percezione della qualità di vita dei pazienti, però da altro lato, spiega come la sua sperimentazione sia ancora troppo frammentata sul territorio svizzero, e poco conosciuta dai medici.

In Olanda invece coesistono due modelli particolarmente efficaci, quello dell'Advanced Registered Nurse e quello dell'Infermiere affiliato alla rete organizzativa Buurtzorg, entrambi responsabili della gestione di pazienti con esigenze complesse. Secondo i dati riportati nello studio di Freund et al., (2015), il 90% delle cure avvengono nell'assistenza di base, con un finanziamento di soltanto il 4% del budget totale stanziato dal Governo. Già dal 1999 questi dati dimostrano che, in seguito all'introduzione dell'infermiere con competenze avanzate, sono avvenuti dei cambiamenti di particolare rilievo nella gestione dei pazienti. I cosiddetti "assistenti dei medici" sono stati sostituiti da queste figure infermieristiche che prendono in cura i pazienti secondo un modello olistico e ne

gestiscono l'intero percorso assistenziale e riabilitativo. Dal 2012, inoltre, tali professionisti sono stati autorizzati a prescrivere farmaci e presidi ed eseguire attività diagnostiche e terapeutiche avanzate. Si può affermare, quindi, che ad essi venga riconosciuto un ampio margine di autonomia professionale nella gestione dei pazienti cronici. Tutti gli studi medici oramai affidano l'intero processo assistenziale a queste figure infermieristiche. Se questo sembra un ottimo esempio da seguire, l'Olanda da tempo ormai ha ideato anche un'altro modello organizzativo, il Buurtzorg, che denota ancor di più come l'infermiere rappresenti un professionista sanitario di riferimento per la qualità delle Cure Primarie. Questo modello verrà ampiamente discusso nel paragrafo "Modello organizzativo e approccio assistenziale", ma sarebbe da sottolineare che a differenza dell'Advanced Registered Nurse, nei team ci sono anche infermieri senza competenze avanzate.

In ambito di IFeC, in Italia negli ultimi anni, si sono realizzati diversi progetti pilota. Nella Figura 8 si riporta un quadro sui "target adulti", di cui gran parte è rappresentata dai malati affetti da malattie croniche, comprensivi anche dei bambini. Osservando questo quadro risulta difficile capire quanti dei servizi gestiscono esclusivamente i malati adulti affetti da malattie croniche, e quanti siano destinati ai bambini.

Di particolare interesse risultano gli interventi assistenziali ai malati psichiatrici. Emerge poca chiarezza rispetto alla concomitante presenza in ambito territoriale dell'infermiere psichiatrico ed alle attività svolte in tale ambito dall'IFeC; in particolare il dubbio nasce nel comprendere i confini tra le due figure o l'esistenza di una collaborazione in un contesto multiprofessionale. Si cita l'esperienza dell'Olanda, che dal 2008 ha introdotto nel sistema delle Cure Primarie la figura specializzata dell'Infermiere di Salute Mentale.

- ***Setting territoriale***

Per quanto riguarda il setting territoriale, sulla base della letteratura internazionale, risulta difficile suddividere i vari contesti lavorativi territoriali, in quanto sarebbe necessario procedere con ulteriori ricerche, con un focus specifico sul funzionamento dei SSN. Riferimenti generici vengono fatti al distretto (senza specificare che tipo di strutture ne fanno parte), a cliniche di salute infantile (Norvegia) e al domicilio.

Per quanto riguarda l'Italia, in base alle iniziative sperimentate, si è potuto delineare un quadro più chiaro delle strutture coinvolte, in cui il domicilio arriva alla percentuale più alta, ben 38,8%, in linea con quello auspicato dal Governo nei documenti programmatici.

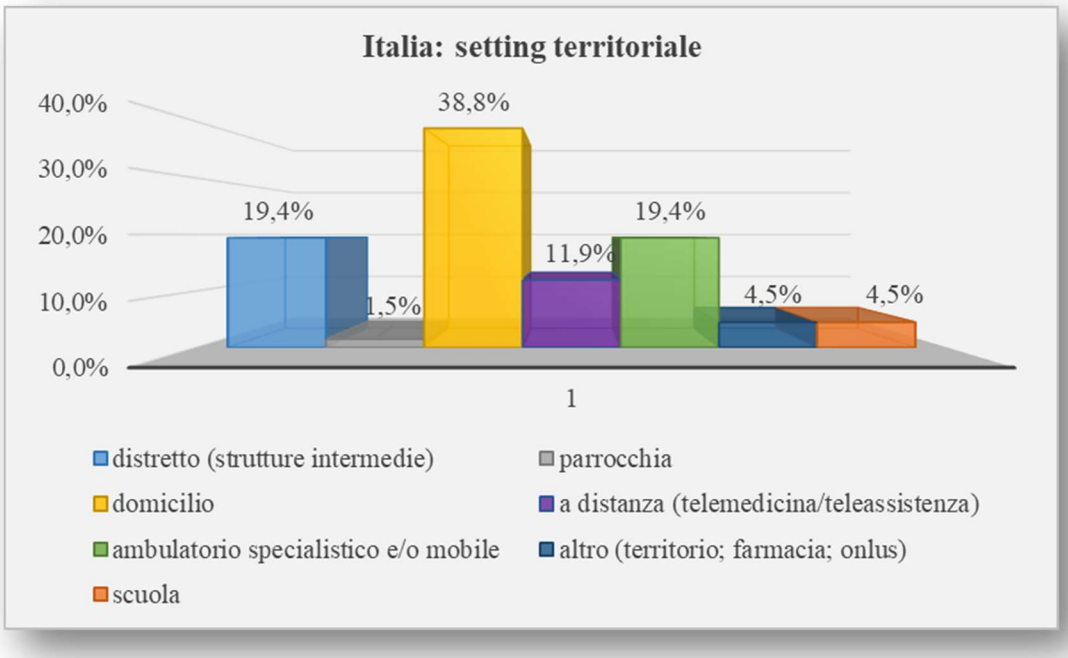

Figura 8: Elaborazione percentuale setting territoriale

Molto interessanti risultano le azioni a distanza, o meglio con la Telemedicina/teleassistenza, effettuate per via telefonica oppure attraverso tecnologie avanzate, in linea con gli obiettivi digitali da raggiungere secondo la strategia europea NextGeneration EU (CE, 2021).

Gli interventi a distanza non sono esclusivi, ma collegati ad altri contesti di riferimento: strutture intermedie distrettuali, domicilio o ambulatorio. Risultano quindi integrativi e di supporto in particolare agli interventi di monitoraggio della popolazione esposta a fattori di rischio, e di follow-up dei pazienti cronici.

Del setting scolastico si è ampiamente discusso nel paragrafo riferito ai target di riferimento legato alla popolazione pediatrica, ma di particolare curiosità risulta la parrocchia, che anche se la percentuale emersa nella Figura 9 risulta molto bassa, ovvero l'1,5%, in realtà grazie al Progetto Quadro sottoscritto il giorno 29 luglio 2019, L'Ufficio Nazionale per la Pastorale della salute della Conferenza Episcopale Italiana e l'Azienda Sanitaria Locale Roma 1, per "predisporre e sperimentare il Progetto a valenza nazionale denominato Infermiere di Parrocchia" (Fabbri, 2019). Ciò significherebbe, di certo, una vasta capillarità dei servizi socio-sanitari da raggiungere anche in zone remote, con una bassa densità della popolazione, che ad oggi rappresenta uno dei punti critici a cui trovare rimedio, appoggiandosi alle strutture parrocchiali. Controverso però il modo in cui l'IFeC agisce, se soltanto come operatore sanitario promotore di interventi di promozione della

salute, oppure anche attraverso l'erogazione di servizi infermieristici avanzati terapeutici. Oggetto di ulteriore approfondimento sarebbe anche il suo ruolo nel contesto più ampio, rispetto ai servizi sociali, al MMG/PLS, ed ad eventuali altri operatori come fisioterapisti o specialisti del caso.

Associare i servizi infermieristici di comunità alla Chiesa potrebbe rappresentare un argomento ed un tipo di intervento delicati, rischiando di entrare in dinamiche politiche e religiose che metterebbero in secondo piano l'efficacia e la priorità degli interventi sanitari assistenziali necessari alla popolazione di riferimento. Ma associare la presenza di una figura infermieristica in una comunità ad una farmacia, sarebbe non di poco conto. Un ottimo esempio virtuoso che rappresenta ormai un servizio consolidato è quello dell'Infermiere in farmacia, in Umbria (FNOPI, 2021), benchè sia ancora poco chiaro se formalmente l'Infermiere è un dipendente privato della farmacia o dell'azienda sanitaria locale e, quindi, se le sue prestazioni risultano a pagamento oppure coperte dal SSN.

L'ambulatorio infermieristico specialistico sembra uno dei setting in cui gli infermieri svolgono le loro attività. Tuttavia, dalle esperienze rilevate, risulta poco chiaro se il ruolo che vi svolgono si basi su un approccio pro-attivo, e non viene dettagliato il modo in cui lavorano insieme al MMG ed il modo in cui si garantisce una vera e propria continuità assistenziale rispetto agli altri servizi territoriali. Rimane ancora una visione prestazionale del lavoro. Oltre a quella svolta dall'infermiere scolastico, un esempio associato ad una vera attività pro-attiva, potrebbe essere quello dell'ambulatorio mobile "Le tappe della prevenzione" in Liguria, che sembra rispondere ai requisiti della medicina d'iniziativa tanto attesa per migliorare le Cure Primarie.

- ***Modello organizzativo e approccio assistenziale***

L'approccio assistenziale dell'IFeC dipende dal modello organizzativo. Avendo scelto nella metodologia di analisi dei dati l'Expanded Chronic Care Model, è da sottolineare che nella letteratura internazionale non si è fatto alcun riferimento esplicito a questo modello, ma i paesi che più si avvicinano alla realtà italiana sono la Spagna e la Svizzera. Applicare questo modello prevede un'impostazione dei Servizi Sanitari che si basa su un offerta personalizzata di assistenza, tenendo conto di una stratificazione della popolazione sulla base dei fabbisogni calcolati in base al rischio. Una buona pratica, che potrebbe dare ottimi spunti per iniziative da sperimentare in Italia, è l'esempio dell'Olanda, in cui coesistono due modelli organizzativi di successo.

Il primo, descritto nello studio di Freund (2015), è molto simile al modello spagnolo, dove l'Infermiere con competenze avanzate, l'Advanced Registered Nurse, lavora con i medici di MMG per la gestione in completa autonomia dei pazienti cronici.

Il secondo modello, chiamato Buurtzorg, è diventato uno standard di elevato livello di qualità in ambito assistenziale. Monsen and deBlok (2013) descrivono questo modello, ideato nel 2006, per offrire assistenza domiciliare. "Buurtzorg" in olandese significa "quartiere", quindi si parla di un'accezione dell'infermieristica di comunità, declinata al quartiere. Sviluppato per contrastare la burocrazia nell'erogazione di cure e per migliorare gli outcomes qualitativi. Questo modello, inoltre, ha riscontrato una particolare efficacia nell'ambito della fidelizzasione dei pazienti e riduce i costi amministrativi e gestionali nell'organizzazione del lavoro. I servizi di questo tipo vengono forniti da un'organizzazione non profit, la Buurtzorg Nederland, che ha creato una rete presente in tutto il paese, e richiede una specifica iscrizione da parte degli infermieri. Questo modello rivoluzionario non solo viene descritto come elemento chiave per migliorare il grado di soddisfazione dei pazienti, ma rappresenta anche un'interessante attrattiva per gli infermieri, molto simile a quello che viene riconosciuto come Magnet Hospital[11], ma, in questo caso, applicato al territorio. Gli infermieri Buurtzorg operano in stretta collaborazione con i provider di Cure Primarie (medici in particolare) oltre che con altri professionisti (assistenti sociali, fisioterapisti, terapisti occupazionali etc.), presenti in zone geografiche ristrette, per abbattere i costi di gestione e per facilitare l'accessibilità anche ai pazienti a tutti i servizi offerti sul territorio di riferimento. Lavorano secondo un approccio olistico, secondo il quale offrono tutte le prestazioni assistenziali necessarie al benessere di una persona, attraverso interventi preventivi, educativi, riabilitativi, curativi/terapeutici e relazionali. Utilizzano una piattaforma di back-office per la gestione della documentazione clinica e per tutti gli altri aspetti strettamente amministrativi-finanziari. Un Team è composto, al massimo, di 12 infermieri che si auto-gestiscono. Ogni team organizza incontri periodici per condividere l'andamento dei casi clinici, i progessi dei pazienti, gli obiettivi e le criticità, ed i colleghi più esperti offrono consulenza ai membri più giovani del team.

[11] Gli **ospedali magnete** sono strutture ospedaliere che pongono particolare cura e attenzione al personale sanitario dipendente, esercitando una speciale attrazione su di esso (come se fossero una calamita, appunto). Un'attrazione che si manifesta attraverso il **benessere del professionista**, il quale, motivato e incoraggiato, tende a restare a lungo nella stessa azienda. In altre parole, gli ospedali magnete **conservano a lungo lo stesso personale**. Fonte: www.nursetimes.irg

Gli infermieri vengono considerati manager di se stessi, con una completa autonomia professionale. Nel team non vi è un leader ne, tantomeno, una gerarchia funzionale ed operativa. Sono tutti alla pari, indipendentemente dalla preparazione formale e dall'esperienza, il che permette un elevato livello di responsabilizzazione dei professionisti e, conseguentemente, è stimolo all'apprendimento continuo.

Il sistema di pagamento è correlato sia al tempo dedicato alla cura del paziente, sia al risutalto. Pertanto il valore economico della prestazione (riconosciuto al professionista) è anche legato al minor tempo con cui il paziente raggiunge il livello di qualità della vita, così come definito negli obiettivi dell'intervento stesso.

Il rimborso delle prestazioni viene effettuato sulla base di un monte-ore prestabilito. Secondo la valutazione periodica della produttività degli infermieri, l'organizzazione Buurtzorg ha calcolato che soltanto il 40% degli infermieri Buurtzorg utilizza il monte-ore massimo previsto, quindi senza sforare i limiti previsti dai providers locali di Cure Primarie, mentre gli infermieri distrettuali arrivano anche al 70%, percentuale che denota meno efficienza.

Gli autori dello studio Drennan et al., (2018) mettono in risalto il fatto che il Sistema sanitario inglese vada incontro ad una serie di difficoltà nella gestione dei servizi territoriali, in quanto gli infermieri (conosciuti come "Visiting Nurses/Public Health and Community Nurse/District Nurses") sono poco propensi a lavorare in questo contesto per la rigidità della gestione manageriale, per la complessità burocratica e per lo scarso livello di gratificazione professionale. Conseguentemente, dalla prospettiva dei pazienti e dei caregiver, si generano problemi in relazione alla mancanza di continuità nell'erogazione dell'assistenza, non può realizzarsi un'offerta assistenziale pro-attiva, problemi che rispecchiano per certi versi anche il contesto italiano. Ed è per questo che è stato sperimentato, per la prima volta in un distretto londinese, il modello olandese Buurtzorg. Assieme alla valutazione degli autori dello studio Hegedüs et al. (2022), i quali hanno analizzato gli esiti della sperimentazione dello stesso modello in altri paesi europei come Svizzera, Germania, e Finlandia, i dati rilevati dimostrano i punti di forza di questo tipo di infermieristica di comunità, precedentemente descritti. Inoltre, dalla sperimentazione del modello, si rileva il fatto che questo sia non solo replicabile in contesti diversi, ma venga anche apprezzato dai pazienti ed è sostenibile per il Sistema Sanitario. Ovviamente, l'applicazione di questo modello richiede una "forma mentis" diversa dall'organizzazione rigida che caratterizza i Sistemi Sanitari di alcuni paesi, ed anche un auspicabile intervento del legislatore che definisca nuovi indicatori (qualitativi e quantitativi) delle

prestazioni, (come già si è realizzato in Olanda), comunque in linea con la Clinical Governance di ogni paese.

Una tale autonomia professionale sarebbe auspicabile anche in Italia, ma ad oggi, il modello organizzativo sembra sia alla ricerca di un'identità propria, ancora poco delineata. Nella rielaborazione grafica della Figura 10, effettuata sulla base dei dati rilevati dalle buone pratiche nazionali premiate dalla FNOPI, risulta chiaro come non tutte le regioni siano in linea con quelle più virtuose, come il Piemonte, la Liguria, la Toscana, l'Emilia-Romagna, il Friuli-Venezia Giulia, la Lombardia, il Veneto, che sono tutte geograficamente vicine, ed appartengono al Nord del paese. Altre regioni, del Centro come Marche, Abruzzo, Umbria, Lazio (ma anche del Sud, come Calabria e Puglia) stanno cercando di allinearsi alle esperienze positive delle regioni esemplari. Mancano all'appello tutte le altre, in particole del Sud Italia.

Osservando la Figura 10, l'applicazione delle varie tipologie di interventi risulta molto variegata e frammentata. Tranne alcune regioni come Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana (che applicano formalmente il modello Chronic Care e Health Coaching/Population Wide Management), e tranne Veneto ed in parte anche Liguria (che sembrano aver messo in atto interventi mirati suddivisi per fasce di rischio), tutti gli altri hanno sperimentato esperienze isolate, lontane da una connessione organizzata con il più ampio sistema di gestione dei servizi assistenziali.

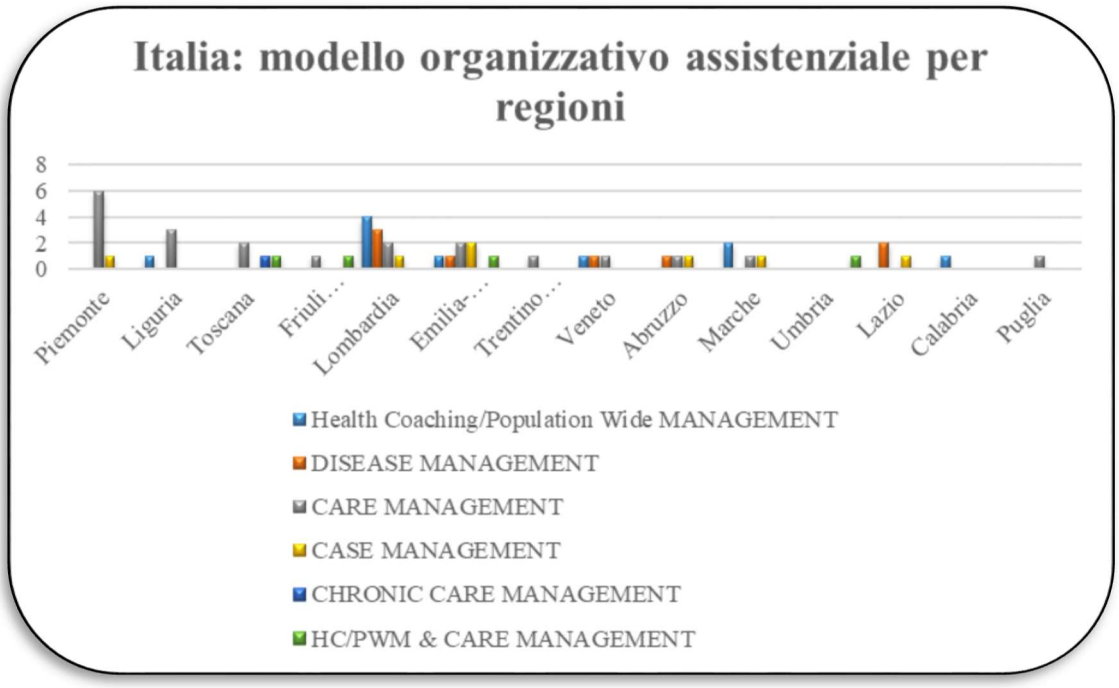

Figura 9: Elaborazione grafica modello organizzativo/assistenziale per regione

Rispetto al modello spagnolo, dove effettivamente esiste una vasta copertura dei servizi infermieristici sul territorio, anche in zone remote, in Italia si è ancora molto lontani dal raggiungere quest'obiettivo. Il team spagnolo è composto da un medico generalista e un infermiere che, secondo un sistema di task sharing, gestiscono i pazienti in base al fabbisogno assistenziale ed in base al rischio. Ma ciò che fa la differenza è la presa in cura non solo del malato, ma anche dei soggetti sani, potento in tal modo realizzare un efficiente monitoraggio personalizzato, e prevenire la malattia, in altre parole realizzano la vera medicina d'iniziativa. Ad oggi, l'Italia è carente di una simile impostazione organizzativa e gestionale.

Poca chiarezza risulta anche per quanto riguarda la retribuzione e la modalità contrattuale (dipendente e libero professionista; privato e pubblico; convenzionato o meno), ed il collegamento tra qualità del lavoro ed outcomes di risultato, sia dalla prospettiva del paziente che da quella del professionista infermiere. Da segnalare il fatto che delle 43 iniziative sperimentate in Italia, soltanto 5 sono state valutate in termini di impatto del servizio sulla qualità di vita dei cittadini e sugli indicatori di risultato del relativo sistema sanitario regionale.

6. CONCLUSIONI

Fermo restando il fatto che in termini di Cure Primarie l'Italia stia attraversando un processo di transizione particolarmente delicato, nonostante il riconoscimento legislativo del 2020, l'IFeC risulta ancora una figura poco presente sul territorio, malgrado sia unanimemente riconosciuta la centralità del professionista nell'organizzazione territoriale dei servizi. Nell'insieme sembra sia chiaro il suo Identikit ed il suo ruolo specifico, ma, formalmente, emerge la difficoltà delle strutture sanitarie territoriali ad inserire questa figura in modo razionale e sostenibile.

La caratteristica peculiare dell'IFeC è la sua poliedricità, essendo possibile per questo professionista applicare le proprie competenze infermieristiche (di base ed avanzate) ai bisogni assistenziali dell'individuo, della famiglia e della comunità. Ciò che viene meno è una rete territoriale stabile, chiara, accessibile e riconosciuta dai cittadini, con dei punti di riferimento fermi e facilmente individuabili. Gli interventi integrati da una parte rivolti alla popolazione sana per ridurre l'insorgenza dei fattori di rischio e di malattie, dall'altra parte rivolti ai malati cronici per prevenire il peggioramento della malattia, ed aumentare la qualità di vita, sono ancora lungi dall'essere sufficienti ed appropriati sul territorio italiano.

Non per ultimo, rimane l'aspetto dell'autonomia professionale. Rispetto ad altri paesi (es. Spagna, Olanda, Inghilterra, Norvegia) in Italia ci sono diversi concetti da chiarire:

- la fiducia dei MMG nella capacità dell'infermiere di lavorare in completa autonomia,
- la volontà di medici ed infermieri di condividere informazioni cliniche ed assistenziali secondo una logica di task-sharing,
- del raccordo effettivo con le strutture territoriali per la continuità delle cure,
- della copertura dell'offerta assistenziale in periodi critici (nei giorni festivi e nei weekend) e nelle zone remote con una bassa densità della popolazione,
- della responsabilizzazione degli infermieri e della fidelizzazione dei pazienti (come nel modello olandese).

Le sperimentazioni a macchia di leopardo sul territorio italiano denotano questa ricerca non ancora conclusa, e lontana dal trovare la soluzione definitiva e più adatta alle particolarità sociali, demografiche e della gestione sanitaria del territorio.

Oltre ad auspicare una maggiore autonomia professionale, bisognerebbe identificare dei capisaldi come la famiglia (introducendo la figura dell'IFeC negli studi medici, sia

pediatrici che di medicina generale, e condividere la gestione dei pazienti secondo il modello spagnolo), la scuola (come presenza di particolare rilievo nella promozione della salute e della prevenzione) e la comunità (nelle strutture residenziali e semi-residenziali, e nelle farmacie).

Il confronto con le best practices internazionali genera diverse questioni irrisolte legate a questo professionista. Tuttavia, esse rappresentano uno spunto di riflessione ed eventuali input per ulteriori ricerche al fine di approfondire e proporre soluzioni che possano rispondere ai fabbisogni della popolazione in ambito socio-sanitario. Inoltre, l'applicabilità di modelli organizzativi/assistenziali in cui l'IFeC è un vero e proprio protagonista, in paesi come Spagna, Olanda, Inghilterra, modelli che si sono dimostrati fattibili, replicabili e sostenibili, rappresentano esempi che dovrebbero essere presi in considerazione dagli organismi sanitari italiani per concretizzare i tentativi di migliorare il sistema delle Cure Primarie.

Bibliografia e sitografia

Aceti, T., Del Bufalo, P., & Nardi, S. (2021). *Il Piano Nazionale della Cronicità per l'equità.* Salutequità®.

Age Platform Europe. (2019). *Il barometro dell'età.* Tratto da www.age-platform.eu: https://www.age-platform.eu/sites/default/files/AGE_Barometer_2019-Final2.pdf

Andreoni, B. (2000). *Assistenza Domiciliare Integrata.* Milano: Masson.

Barnes et al. (2017). Randomized controlled trial and economic evaluation of nurse-led group support for young mothers during pregnancy and the first year postpartum versus usual care. *Trials* , 18:508.

Barr et al. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *HOSPITAL QUARTERLY*, p. 73-82.

Bezze et al. (2021). Nurses in Family Pediatric Practices: A Survey of the Health Protection Agency of the Metropolitan City of Milan. *Journal of Pediatric Nursing*, p. 1-6.

Caballero et al. (2021). Study of the Strengths and Weaknesses of Nursing Work Environments in Primary Care in Spain. *Int. J. Environ. Res. Public Health*.

CE. (2019). *Rapporto dell'Osservatorio sui sistemi e sulle politiche sanitarie.* https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/italy-country-health-profile-2021.

CE. (2021). *Next Generation EU.* Tratto da https://ec.europa.eu: https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_it

CE. (2021). *Rapporto dell'Osservatorio sui sistemi e sulle politiche sanitarie.* Tratto da https://eurohealthobservatory.who.int: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/italy-country-health-profile-2021

CERGAS. (2021). *Rapporto OASI.* Tratto da https://cergas.unibocconi.eu: https://cergas.unibocconi.eu/observatories/oasi_/oasi-report-2021

Chapman et al. (2017). Developing a caseload classification tool for community nursing. *British Journal of Community Nursing*, 22 (4). pp. 192-196.

Cipolla, C., & Rocco, G. (2014). *Dieci anni dopo: un'altra infermieristica. Seconda indagine nazionale.* Milano: FrancoAngeli.

Clancy et al. (2013). Primary Health Care: Comparing Public Health Nursing Models in Ireland and Norway. *Nursing Research and Practice*, 1-9.

Commissario ad acta. (2020, ottobre 26). DCA n. 65 del 26/10/2020. *Piano di riorganizzazione per il potenziamento della rete territoriale per l'emergenza Covid*.

Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. (2020, settembre). "Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex l. 17 luglio 2020 n. 77.

Conferenza Stato-Regioni. (2020). *Patto per la salute per gli anni 2019-2021.*

Conferenza Stato-Regioni. (2020). *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025* .

Consiglio dei Ministri. (2016, gennaio 28). D.Lgs. 28 gennaio 2016, n. 15. *Attuazione della direttiva 2013/55/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, recante modifica della*

direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE) n.1024/2012, relativo alla cooperazione.

Consiglio dei Ministri. (2021, maggio 05). *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.* Tratto da https://www.governo.it/: https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf

Consiglio Regione Abruzzo. (2020, ottobre 06). DGR n. 598 del 06/10/2020. *PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE ASSISTENZA TERRITORIALE PER EMERGENZA COVID.*

Consiglio Regione Campania. (2020, novembre 03). DGR n. 475 del 03/11/2020. *APPROVAZIONE PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE*.

Consiglio Regione Emilia-Romagna. (2016, dicembre 5). DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 5 DICEMBRE 2016, N. 2128. *Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa*.

Consiglio Regione Liguria. (2020, agosto 5). DGR n. 705/2020 . *Adozione del Piano di potenziamento dell'Assistenza Territoriale della Regione Liguria, di cui all'Art. 1 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito in Legge 17 luglio 2020, n. 77.*

Consiglio Regione Lombardia. (2015, agosto 11). Legge Regionale 11 agosto 2015 , n. 23. *Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)*.

Consiglio Regione Lombardia. (2020, agosto 5). DGR n.3525/2020. *Adozione del piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza, in attuazione dell'art. 1 dl 34, convertito con modificazioni dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77*.

Consiglio Regione Marche. (2020, agosto 5). DGR n. 1266/2020. *COVID-19. Procedure attuative dell'articolo 1 "Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale". Integrazione DGR n. 347 del 16.03.2020 e DGR n.384 del 27/03/2020 concernenti le Unità Speciali di Continuità Assisten*.

Consiglio Regione Piemonte. (2017, giugno 12). Deliberazione della Giunta Regionale 12 giugno 2017, n. 32-5173. *Riconoscimento delle sperimentazioni parallele al progetto CoNSENSo - Programma di cooperazione transnazionale Spazio Alpino 2014-2020, nelle ASLVCO, ASLNO, ASLAT*.

Consiglio Regione Piemonte. (2020, aprile 24). DGR n. 1-2188/2020 n. 27 del 24.4.2020 . *"Piani di potenziamento territoriale: linee d'indirizzo sul ruolo e sulle funzioni delle Unita' Speciali di Continuita' Assistenziale (USCA) nella rete dei servizi distrettuali delle ASL del Piemonte, nell'ambito del*.

Consiglio Regione Toscana. (2018, giugno 4). DGR 4 giugno 2018, n. 597. *INDIRIZZI PER LO SVILUPPO DEL MODELLO ASSISTENZIALE INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'. APPROVAZIONE E DESTINAZIONE DELLE RISORSE.*

Consiglio Regione Umbria. (2020, 10 14). DGR N. 916 del 14/10/2020. *Aggiornamento DGR 710/2020 "Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale (art1 decreto-legge 10 maggio 2020 N. 34 conversione legge N. 77 del17 luglio 2020)*.

Consiglio Regione Veneto. (2020, novembre 10). DGR n. 1523 del 10 novembre 2020. *Approvazione delle linee di indirizzo "Emergenza COVID19 - Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19".*

Corte dei Conti. (2021). *Rapporto sul Coordinamento della finanza pubblica.* Tratto da https://www.corteconti.it: https://www.corteconti.it/Download?id=867011ba-87e4-4e6b-8338-dd4874ff0b39

Crescentini et al.;. (2018). *Working paper. Non autosufficienza: analisi e proposte per un nuovo modello di tutela.* Centro di Ricerca e Documentazione "Luigi Einaudi".

De Lorenzo et al. (2020). Coronavirus e cronicità, due battaglie da vincere sullo stesso campo (il territorio) e anche con una "nuova" figura (l'infermiere di famiglia e di comunità). *MECOSAN*, 201-210.

Dedeu, T., & Marti, T. (2018). Multiprofile primary health care teams in Catalonia, Spain: A population-based effective model of services delivery. *OMS: Ufficio Regionale*.

Drennan et al. (2018). Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. *BMJ Open*, p.1-8.

Drennan VM, et al. (2018). Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. *BMJ Open*, 8:e021931.

Fabbri, A. (2019). L'infermiere di parrocchia. Una sana e avvenistica collaborazione socio-sanitaria. *PA PERSONA E AMMINISTRAZIONE. Ricerche Giuridiche sull'Amministrazione e l'Economia*, p. 681-692.

Ferrari, R. (2017, 09 16). L'infermiere di famiglia nei nuovi setting di cura: esperienze sul campo e possibili scenari futuri. *IPASVI Brescia*.

Ferrer-Arnedo et al. (2014). The value of nursing care in the paradigm of chronicity and dependency. New roles and redesigns. *Invest Educ Enferm*, 32(3): 488-497.

FNOPI. (2020, luglio). POSITION STATEMENT L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ. Roma.

FNOPI. (2021). Le buone pratiche premiate. *secondo Congresso Nazionale Itinerante* .

Freund et al. (2015). Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *International Journal of Nursing Studies 52*, 727–743.

Geddes, M. (2021, luglio 22). *Case della Comunità, in Comune.* Tratto da http://www.sossanita.orG: http://www.sossanita.org/archives/14233

Geneau, R. e. (2010). Raising the Priority of Preventing Chronic Diseases: a Political Process. *The Lancet*, 376, 9753, p. 1689-98.

Gysin et al. (2019). Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 20:163.

Hämel et al. (2020). Advanced Practice Nursing in Primary Health Care in the Spanish National Health System. *SciELO - Scientific Electronic Library Online*, 303-314.

Harper-McDonald and Baguley. (2018). Caseload profiling in district nursing: a systematic literature review. *British Journal of Community Nursing*, Vol 23, No 11; p. 496-501.

Hegedüs et al. (2022). Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting:. *International Journal of Nursing Studies Advances*.

Hegedüs et al. (2022). Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a Scoping Review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, p. 1-13.

Horton, R. (2005). The Neglected Epidemic of Chronic Disease . *The Lancet* , 366, 9496, p. 1514.

ISTAT. (2020). *RAPPORTO ANNUALE 2020.* Tratto da www.istat.it: https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2020/Rapportoannuale2020.pdf

Istituto di ricerca della SIMG. (2020). *XIII Report HS.* Tratto da https://healthsearch.it: https://report.healthsearch.it/2020/Report_XIII.pdf

Istituto di Sanità Pubblica. (2020, maggio). *Rapporto Osservasalute.* Tratto da https://www.osservatoriosullasalute.it: https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2021/05/Rapporto-Osservasalute-2020.pdf

Istituto di Sanità Pubblica. (2020). *Rapporto Osservasalute.* Cattolica: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane.

ITD-CNR and partners. (2018). *www.enhance-fcn.eu*. Tratto da https://www.enhance-fcn.eu/it/overview-2/

Lalani et al. (2019). Transforming community nursing services in the UK; lessons from a participatory evaluation of the implementation of a new community nursing model in East London based on the principles of the Dutch Buurtzorg model. *BMC Health Services Research*, 19:945.

Lavoro Collettivo. (2021, settembre). *Il Libro Azzurro per la Riforma delle Cure Primarie in Italia*. Tratto da https://2018phc.wordpress.com: https://2018phc.files.wordpress.com/2021/09/libroazzurro_1v.pdf

Maciocco, G. (2018). A 40 anni da Alma Ata, Primary Health Care: now more than ever. *Toscana Medica*, p. 27-28.

Maciocco, G. (2021). *Cure primarie e servizi territoriali.* Carocci Faber.

Maiocchi, E. (2021). Il progetto Infermiere scolastico. *Nursing Foresight*, p. 24-26.

Marcadelli, S., Stievano, A., & Rocco, G. (2019). Policy proposals for a new welfare: the development of the family and community nurse in Italy as the key to promote social capital and social innovation. *Cambridge University Press. Primary Health Care Research and Development*, e109: p. 1-8.

Mercuri, M., Marchetti, M., & Paolini, N. (2019, novembre 06). *Jean Watson, fondamenti moderni dell'assistenza e del prendersi cura.* Tratto da www.letteredallafacoltà.univpm.it: https://letteredallafacolta.univpm.it/jean-watson-fondamenti-moderni-dellassistenza-e-del-prendersi-cura/

Ministero della Salute. (2016, settembre 15). *Piano Nazionale della Cronicità.* Tratto da https://www.salute.gov.it: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf

MInistero della Salute. (2016, settembre 15). Piano Nazionale della Cronicità. Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf.

Ministero della Salute. (2021, 11 12). *DM 71: Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale.* Tratto da https://www.saluteinternazionale.info: https://www.saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2022/02/DM-71-Modelli-e-standard-per-lo-sviluppo-dellAssistenza-Territoriale-del-SSN.pdf

Ministero della Sanità. (1994, settembre 14). *DECRETO 14 settembre 1994, n. 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.* Tratto da https://www.gazzettaufficiale.it: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1995/01/09/095G0001/sg

Monsen and deBlok. (2013). Buurtzorg: Nurse-Led Community Care. *Creative Nursing*, vol.113, No 8; p. 55-59.

Obbia, P. (2019, novembre 6-9). *Invecchiamento di successo 2019 Body and Mind Connection.* Tratto da www.aifec.it: https://www.aifec.it/blog/2019/12/01/atti-del-convegno-invecchiamento-di-successo-2019-body-and-mind-connection-alba-fondazione-ferrero-6-9-novembre-2019/

OCSE. (2019, aprile). *Rapporto Economico.* Tratto da https://www.oecd.org: https://www.oecd.org/economy/surveys/Rapporto-Economico-OCSE-Italia-2019-sintesi.pdf

OCSE. (2021). *HEALTH AT A GLANCE.* Tratto da https://www.oecd-ilibrary.org/: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/3/1/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book

OMS. (2000). *THE FAMILY HEALTH NURSE. CONTEXT, CONCEPTUAL FRAMEWORK AND CURRICULUM.* Tratto da https://www.euro.who.int/: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/53860/E92341.pdf

Pedrazzini, A. (2017). La percezione della figura e del ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità nell'ambito delle cure primarie tra i medici di medicina generale dell'ATS città metropolitana di Milano. *Italian Journal of Nursing*, p. 38-42.

Pellizzari, M. (2019, ottobre 21). *L'infermiere di comunità: un elemento strategico del welfare comunitario generativo.* Tratto da disuguaglianzedisalute.it: https://www.disuguaglianzedisalute.it/linfermiere-di-comunita-un-elemento-strategico-del-welfare-comunitario-generativo/

Polillo, R., Cosentino, G., & Preiti, N. (2021, marzo 02). *La riforma delle cure primarie e del ruolo giuridico del personale a convenzione. Una proposta per cambiare davvero*. Tratto da quotidianosanità.it: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=93033

Presidente del Consiglio dei Ministri. (2020, luglio 18). Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. GAZZETTA UFFICIALE.

Presidente del Consiglio dei Ministri. (2020). DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34.

Presidente del Consiglio dei Ministri. (2020, marzo 9). *Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19.* Tratto da GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/09/20G00030/sg

PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA. (1978, dicembre 28). *Legge 833/78. Istituzione del servizio sanitario nazionale.* Tratto da https://www.gazzettaufficiale.it: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg

PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA. (2006, febbraio 1). *LEGGE 1 febbraio 2006, n. 43. Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali.* Tratto da https://www.normattiva.it: https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2006;43

PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA. (2012, novembre 10). *LEGGE 8 novembre 2012, n. 189. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute.* Tratto da https://www.gazzettaufficiale.it: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2012/11/10/012G0212/sg

Righetti, V. (2021). L'infermiere dei bambini nello studio del pediatra di famiglia. *Nursing Foresight*, p. 30-32.

Rocco, G. et al. (2017). *Infermiere di Famiglia e di Comunità. Proposte di policy per un nuovo welfare.* FrancoAngeli.

Schönenberger et al. (2020). Patients' experiences with the advanced practice nurse role in Swiss family practices: a qualitative study. *BMC Nursing*, 19:90.

Ufficio Regionale [OMS]. (1998). *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region.* Tratto da www.euro.who.int: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf

Ufficio Regionale [OMS]. (2000). *Global strategy for health for all by the year 2000.* Tratto da https://www.who.int: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38893/9241800038.pdf;jsessionid=E19ED09234867C36B3D6DCCADEF5E6DB?sequence=1

Ufficio Regionale [OMS]. (2008). *Primary health care, now more than ever.* Tratto da https://apps.who.int/: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43949/9789241563734_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Wagner, E. (1998). *Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice.* ACP-ASIM Journals and Books.

Watson, J. (2013). *Assistenza infermieristica: filosofia e scienza del caring.* Casa Editrice Ambrosiana.