



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL NURSING EXTRAOSPEDALIERO E LE  
NUOVE OPPORTUNITA' ASSISTENZIALI**

Relatore: Chiar.ma

**Dott.ssa Tiziana Traini**

Tesi di Laurea di:

**Barbara Carosi**

Correlatore: Chiar.ma

**Dott.ssa Marinella Tommasi**

A.A. 2019/2020

*Alla mia famiglia,*

*grazie...*

# INDICE

<b>Premessa.....</b>	<b>1</b>
Introduzione.....	2
<b>Capitolo 1: ESCURSUS STORICO: DAL CONCETTO DI SALUTE ALL'IDF ..</b>	<b>4</b>
1.1 Il concetto di Salute.....	4
1.2 Documenti che promuovono la Salute.....	5
1.3.1 Perché parlare di IdFeC?.....	7
1.3.2 Quadro della popolazione italiana .....	7
1.3.3 Nuovi scenari, nuovi bisogni, nuove risposte assistenziali.....	9
1.4.1 Documenti che promuovono l'IdF.....	12
1.4.2 Le norme giuridiche.....	12
1.4.3 Le norme extragiuridiche.....	13
1.4.4 Il Decreto Balduzzi.....	14
1.4.5 Patto per la Salute 2019-2021.....	15
1.4.6 Decreto Rilancio n. 34 del 19 maggio 2020.....	17
<b>Capitolo 2: IDENTIKIT INFERMIERE DI FAMIGLIA/COMUNITÀ E SPERIMENTAZIONI ITALIANE.....</b>	<b>20</b>
2.1 Come nasce l'Idf?.....	20
2.2 Health 21.....	21
2.2.1 Obiettivo 15- Un settore sanitario integrato.....	23
2.2.2. Obiettivo 18- Sviluppo delle risorse umane per la salute .....	23
2.3“The family Health Nurse. Context, conceptual framework and curriculum”.....	24
2.4 Definizione.....	27
2.5 Mission.....	28
2.6 Formazione.....	28
2.7 Le competenze core.....	29
2.8 Livelli di intervento.....	32

2.9 Ambiti lavorativi .....	32
2.10 Infermiere di Famiglia, Sì, No?.....	34
2.11 Regioni italiane e prime sperimentazioni .....	36
2.11.1 Il caso del Friuli-Venezia Giulia.....	37
2.11.2 Il caso del Piemonte e il progetto CoNSENSo.....	38
2.11.3 Il caso della Toscana e il “Chronic Care model”.....	40
2.11.3.1 Indicatori di valutazione.....	42
2.11.4 La situazione nella regione Marche.....	43
<b>Capitolo 3: PROGETTO EDUCATIVO : IPOTESI DI MODELLO DI APPLICAZIONE DELL’IDFeC COME EDUCATORE SANITARIO NELLE SCUOLE.....</b>	<b>45</b>
3.1 Premessa.....	45
3.2 Destinatari.....	46
3.3 Problema.....	46
3.4 Scopo generale.....	47
3.5 Obiettivi specifici.....	47
3.6 Modello di intervento/attività.....	47
3.7 Mezzi e risorse.....	50
3.8 Valutazione.....	50
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>54</b>
<b>SITOGRAFIA.....</b>	<b>56</b>
<b>RINGRAZIAMENTI.....</b>	<b>58</b>
<b>SOLO SONO UN INFERMIERE.....</b>	<b>61</b>

## PREMESSA

Durante il mio percorso di studi in Infermieristica, ho avuto modo di approcciare diverse discipline, setting assistenziali e operativi che hanno arricchito le mie conoscenze in merito a quel grande mondo che è l'assistenza, ma uno fra tutti che mi ha maggiormente appassionato, è stato quello riguardante la rete territoriale e l'assistenza domiciliare.

L'idea per l'elaborato della mia tesi, parte da un'esperienza vissuta durante un tirocinio clinico svolto con un gruppo di infermieri che operavano in ADI, che mi hanno dato la possibilità di osservare cosa significasse per una persona ricevere cure ed essere assistita presso il proprio domicilio. Da qui sono scaturite moltissime idee e riflessioni che mi hanno spinto a reperire più informazioni in merito ai moderni ambiti formativi di una figura che sta sempre più prendendo piede e sta diventando sempre più determinante per il nostro futuro: l'Infermiere di Famiglia e di Comunità.

Tematica senza dubbio attuale, che già da moltissimi anni, tenta timidamente di attecchire a macchia d'olio in alcune realtà italiane. L'infermiere di famiglia è una figura nascente nel sistema sanitario italiano, una figura non ancora chiaramente definita nell'ambito pratico, ma ben individuata nel contesto di applicazione quale la famiglia e la comunità. Diviene necessario raccogliere le varie testimonianze e la letteratura, che tuttora risulta carente in materia, allo scopo di capire e verificare l'effettiva validità di un infermiere che utilizza le proprie competenze per agire nel contesto familiare, passando dall'ospedalizzazione al territorio, come un vero protagonista delle ultime riforme sanitarie.

## INTRODUZIONE

Il punto di partenza per la comprensione dei principali bisogni di salute di un Paese e la base per le scelte e la programmazione sanitaria, è senza dubbio studiare e analizzare la struttura epidemiologica e demografica della popolazione italiana per età e genere.

È dato di fatto, che negli ultimi dieci anni, stiamo assistendo ad un progressivo invecchiamento della popolazione italiana. Infatti, nel 2017, la speranza di vita alla nascita in Italia ha raggiunto gli 83,1 anni, ponendo il paese al secondo posto nell'Unione Europea dopo la Spagna. Inoltre, il notevole aumento della speranza di vita e i bassi tassi di fecondità degli ultimi vent'anni hanno contribuito a un incremento costante della quota di popolazione di età pari o superiore a 65 anni. Nel 2017, oltre un italiano su cinque aveva un'età pari o superiore a 65 anni, rispetto a un solo italiano su otto nel 1980. In base alle stime, si prevede che il picco dell'invecchiamento si avrà nel 2045- 2050, quando la quota di ultra 65enni arriverà a toccare circa il 34%.

Accanto a quanto sopra citato, si può affermare inoltre che nel 2017, poco meno della metà degli italiani di età pari o superiore a 65 anni ha dichiarato di essere affetto da almeno una malattia cronica, una cifra inferiore rispetto alla media dell'UE. La maggior parte delle persone continua a vivere in autonomia anche in età avanzata, ma un italiano ultrasessantacinquenne su sei, ha riportato nel 2017 di convivere con limitazioni nelle attività di base della vita quotidiana, come il vestirsi e il nutrirsi, che possono necessitare di un'assistenza a lungo termine.

Come in molti altri Stati Membri dell'UE, negli anni a venire l'invecchiamento della popolazione eserciterà pressioni sui sistemi sanitari e di assistenza a lungo termine; sarà quindi necessaria una maggiore efficienza, che deriverà da un'ulteriore evoluzione dei modelli di erogazione del servizio verso un'assistenza per le malattie croniche prestata al di fuori delle strutture ospedaliere.

Si parla di cure primarie ormai da anni, in quanto sono considerate un pilastro fondamentale del nostro SSN, poiché permettono un'erogazione più appropriata dei servizi e più vicina ai cittadini e ai loro bisogni. Tuttavia, la situazione di sviluppo delle cure primarie non è così semplice e l'accesso alle cure domiciliare rimane ancora difficoltoso, in particolare in alcuni territori.

Appare pertanto evidente, che in questo momento storico, di crescente autonomia professionale e in linea con le nuove esigenze del cittadino e dell'intera comunità, il campo in cui giocare le carte migliori è sicuramente il territorio.

Ed è proprio in questo contesto che si inserisce l'IdFeC, una nuova e rivoluzionaria figura infermieristica che opera a diretto contatto con il MMG, che ha un suo ambulatorio, che va al domicilio, ma che oltre a prendere in carico il paziente prende in carico anche tutta la sua famiglia, scardinando il concetto obsoleto di assistenza prestazionale, ed introducendo quello della continuità assistenziale.

L'IdFeC, come afferma l'OMS, *“è il professionista sanitario che, progetta, attua e valuta interventi di promozione, prevenzione, educazione e formazione. Si occupa dell'assistenza infermieristica all'individuo e alla collettività; sostiene interventi di ricerca, indagini epidemiologiche in comunità in ambito familiare e promuove azioni educative e preventive, oltre che curative”*.

L'infermiere di Famiglia che opera nel territorio, rappresenta una realtà consolidata in molti Stati Europei; nella nostra realtà italiana negli ultimi anni, si è lavorato molto per inserire questa figura nel SSN, ma senza successo, se non a livello locale/regionale. Le prime sperimentazioni dell'IdFeC sono avvenute tra il 2015 e il 2016 nelle Regioni Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Puglia, Toscana, Lombardia. In quest'ultima regione, nel 2014 è sorto il primo ambulatorio dell'infermiere di Famiglia mentre nel 2016, il Piemonte ha aderito al progetto CoNSENSò, basato sull'infermiere di famiglia, figura chiave in grado di sostenere le persone anziane e le loro famiglie.

# CAPITOLO 1: ESCURSUS STORICO: DAL CONCETTO DI SALUTE ALL'IDFeC

*“La salute è creata e vissuta dalle persone all'interno  
Degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia,  
si lavora, si gioca e si ama.  
La salute è creata prendendosi cura di sé stessi e degli altri,  
essendo capaci di prendere decisioni e di avere il controllo  
sulle diverse circostanze della vita...”  
(Carta di Ottawa, 1986)*

## 1.1 Il concetto di SALUTE

La costituzione italiana, con l'art. 32: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”* riconosce e tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. La tutela della salute è così contemplata sotto un duplice profilo: da un lato viene affermato il diritto dell'individuo al recupero della piena efficienza fisica e mentale; dall'altro viene riconosciuto e sancito il preciso interesse della collettività ad avere nel sistema sociale e sanitario individui pienamente validi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 1948 definì la salute come *“uno stato di completo benessere fisico, mentale, e sociale e non semplice assenza di malattia”*, spostando il focus di interesse da un'un'ottima prettamente medica (sintomo-cura) ad una di tipo bio-psico-sociale dove entrano in gioco fattori biologici, sociali e psicologici.

Al termine salute da sempre sono state date varie definizioni fra cui:

*“La salute è espressa da livelli di resistenza alla malattia”. (Gordon 1953)*

*“La salute è il prodotto di una relazione armoniosa tra l'uomo e la sua ecologia”.  
(Rossdale 1965)*



*“La salute è lo stato di capacità ottimale di un individuo per l’efficace svolgimento dei ruoli e dei compiti per i quali egli è stato socializzato.”* (Person, 1972)

Wyle definisce la salute come *“l’adattamento perfetto e continuo di un organismo al suo ambiente”*. La salute è creata e vissuta dalle persone all’interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana e si realizza prendendosi cura di sé stessi, degli altri, identificando le proprie aspirazioni, bisogni e adattandosi o modificando il proprio ambiente di vita, intraprendendo quindi, un processo di promozione della salute.

Le cause di un cattivo stato di salute sono complesse e possono essere dovute sia da fattori individuali quali determinanti geneticamente non modificabili come il sesso, età e il profilo genetico, ma anche da fattori di comportamento del singolo e della società come l’ambiente, gli stili di vita, la politica, la cultura, che invece possono essere modificati.

La definizione di salute del 1948 ha però inevitabilmente portato ad un eccesso di medicalizzazione e all’incapacità di far fronte ai costi eccessivi che questa comportava. Oggi, infatti tale definizione non è più soddisfacente, appare superata, irrealizzabile ed è per questo che nel 2011 si avanza una nuova definizione di salute concepita come: *“capacità di adattamento e capacità di autogestione di far fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive”*.

Alla luce di quanto detto si può affermare che i concetti di salute e malattia sono fortemente influenzati da variabili culturali, sociali, che implicano notevoli differenze sul piano delle politiche socio-sanitarie, della prevenzione e del trattamento di una patologia. Il continuo evolversi delle scienze biologiche e della medicina, ha fatto sì che la promozione e la tutela della salute siano divenute fondamentali per la sopravvivenza di ogni Stato. La lotta alle malattie, la progressiva bonifica degli ambienti di vita e di lavoro, una maggior attenzione allo scenario epidemiologico e alla sanità pubblica sono il motore che porta oggi i governi degli Stati più avanzati a prestare più attenzione alla salute e ai suoi risvolti sociali ed economici, nonché alla necessità di collaborare al fine di tutelare le popolazioni mondiali.

## **1.2 Documenti che promuovono la SALUTE**

Il 1945 è l’anno in cui verrà sottolineata l’importanza della salute come bene primario della popolazione, attraverso la stesura della carta costitutiva dell’ONU e la decisione di istituire un’organizzazione mondiale a tutela della salute: l’Organizzazione Mondiale

della Sanità. (OMS)

Nel 1946 a New York si celebra la prima conferenza mondiale della sanità, con l'approvazione di una costituzione composta da 9 principi fondamentali e 82 articoli che sanciscono come "il miglior stato di salute" sia un diritto fondamentale di ogni essere umano e affermando che i governi hanno la responsabilità della salute dei loro popoli.

Nel 1977, l'Oms ha adottato due risoluzioni importanti sempre in tema salute:

la risoluzione WHA 30.45 nota come "Salute per tutti entro l'anno 2000" ove l'obiettivo principale dei governi è il raggiungimento per tutti i cittadini del Mondo, entro l'anno 2000, di un livello di salute che permetta loro di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva.

La risoluzione WHA 30.48 che riconosceva l'importanza degli infermieri nell'assistenza sanitaria di base richiedendo agli stati membri di studiarne ruoli e funzioni.

L'anno dopo, nel 1978 venne adottata alla Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria tenutasi dal 6-12 settembre 1978 ad Alma Ata, "La Dichiarazione di Alma Ata" sull'assistenza sanitaria primaria (Alma Ata Declaration on primary health care), in occasione della quale si ribadisce con forza che la salute, stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale. Si riafferma inoltre, che il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario.

I punti salienti della conferenza sono:

- Il diritto fondamentale dell'essere umano alla salute.
- Il concetto di assistenza sanitaria di base rientra nell'ambito della Salute Pubblica.
- L'inaccettabilità delle disuguaglianze in termini di salute tra le Nazioni.
- La promozione della salute come conditio sine qua non per un reale progetto economico, sociale e come contributo di pace nel Mondo.

Successivamente nel 1986 si tenne ad Ottawa la Prima conferenza internazionale sulla promozione della salute, in occasione della quale sono state tracciate importanti linee guida per un'azione globale e concertata. L'obiettivo della conferenza era il benessere psico-fisico della persona.

Nella carta di Ottawa si esalta il concetto di “promozione della salute come processo che mette le persone in condizioni di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla” e gli obiettivi per raggiungerla sono:

- Rafforzare le capacità e le competenze degli individui.
- Modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche in modo tale da mitigare l’impatto che esse hanno sulla salute del singolo e della collettività.
- Riorientare i servizi sanitari verso la prevenzione.

Partendo da una concezione olistica dell'essere umano e della società, la Carta pone alla sua base una visione unitaria in cui come l'uomo è un tutt'uno e non una somma di parti separate, così l'organizzazione sociale è vista alla stregua di un insieme unitario. Di conseguenza tutti devono essere messi nelle condizioni migliori per poter raggiungere il proprio pieno potenziale di salute. Questa equità si ottiene però solo grazie all'intervento fattivo di tutti i soggetti chiamati in causa: governo, sanità pubblica e privata, organizzazioni non governative e mass media.

Numerosi altri passaggi hanno segnato lo sviluppo di nuove politiche pubbliche per la salute, ma il decisivo passo in avanti si è compiuto con la Dichiarazione mondiale sulla salute del 1998, che ha comportato per l’Europa la stesura del programma “Salute 21 –Salute per tutti nel XXI secolo”. In questo documento lo schieramento di alleanze, necessario per conseguire la promozione della salute, viene definito in maniera precisa e vengono individuati e focalizzati gli alleati.

Il documento sottolinea l’importanza del confronto fra settori in sede di definizione di intese e programmi circa l’impatto sulla salute degli indirizzi e scelte delle loro politiche pubbliche.

### **1.3.1 Perché parlare di Infermiere di Famiglia?**

### **1.3.2 Quadro della popolazione italiana**

Grazie all’incremento del livello di conoscenze avvenuto attraverso la scolarizzazione, al miglioramento delle condizioni igienico-alimentari e della qualità di vita, nonché ai progressi in campo biomedico, lo stato di salute della popolazione europea e italiana ha subito un importante cambiamento, concretizzandosi in un incremento dell’aspettativa di

vita.

Ciò che colpisce maggiormente nel panorama del XXI secolo, è il fatto di assistere a una ridistribuzione demografica senza precedenti, in cui entro il 2050 la proporzione di anziani tenderà a raddoppiare, passando dall'11% al 22% della popolazione totale. Nei prossimi 5 anni, per la prima volta nella storia dell'umanità, il numero di individui di età uguale o superiore a 65 anni supererà quello dei bambini al di sotto dei 5 anni. L'incremento della popolazione anziana sarà più evidente nei Paesi in via di sviluppo, ma soprattutto nei Paesi industrializzati il segmento di popolazione che aumenterà maggiormente sarà quello degli ultraottantenni, il cui numero assoluto, entro il 2050, risulterà praticamente quadruplicato. Nel corso degli anni il continuo aumento della sopravvivenza nelle età più avanzate e il costante calo della fecondità hanno reso l'Italia uno dei paesi più vecchi al mondo con 173,1 persone con 65 anni e oltre ogni cento persone con meno di 15 anni al 1° gennaio 2019.

Tuttavia, come in altri paesi si è verificata una riduzione del circa il 50% degli anni di vita liberi da disabilità nelle persone sopra i 65 anni, con sostanziali differenze sulla base delle condizioni socio economiche e parallelamente all'aumentata aspettativa di vita, si assiste ad una transizione epidemiologica nella patologia emergente: da una situazione in cui erano prevalenti le malattie infettive e carenziali, si è passati a una preponderanza di quelle cronico-degenerative.

Si stima infatti, ad oggi, che il 40,8% della popolazione sia affetto da almeno una patologia cronica, in particolare nei soggetti ultra settantacinquenni la cui percentuale è del 1'86,9%, e da altre condizioni di co-morbidità, in particolare nei soggetti over settantacinquenni in cui la quota raggiunge il 66,6%.

Le malattie o condizioni croniche più diffuse sono: l'ipertensione (18,1 per cento), l'artrosi/artrite (16,4 per cento), le malattie allergiche (11,6 per cento), l'osteoporosi (8,1 per cento), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (6,0 per cento), il diabete (5,6 per cento). Le proiezioni della cronicità indicano che tra 10 anni, nel 2030, il numero di malati cronici salirà a oltre 26,5 milioni, mentre i multi cronici saranno circa 14,6 milioni.

**Tabella 2 - Persone (valori per 100) per presenza di patologie croniche e tipologia di patologia per genere - Anno 2018**

Genere	Persone con almeno una malattia cronica	Persone con almeno due malattie croniche	Malati cronici affetti da diabete	Malati cronici affetti da ipertensione	Malati cronici affetti da bronchite cronica	Malati cronici affetti da artrosi, artrite	Malati cronici affetti da osteoporosi	Malati cronici affetti da malattie del cuore	Malati cronici affetti da malattie allergiche	Malati cronici affetti da disturbi nervosi	Malati cronici affetti da ulcera gastrica o duodenale
Maschi	37,9	17,4	5,8	17,3	6,0	11,3	2,0	4,7	10,5	3,5	2,5,0
Femmine	43,6	25,3	5,3	18,8	6,0	21,3	13,9	3,3	12,6	5,6	2,6,0
<b>Totale</b>	<b>40,8</b>	<b>21,5</b>	<b>5,6</b>	<b>18,1</b>	<b>6,0</b>	<b>16,4</b>	<b>8,1</b>	<b>4,0</b>	<b>11,6</b>	<b>4,6</b>	<b>2,5</b>

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2019.

*Figura 1: Scenari futuri: La cronicità. Tratto da Rapporto Osservare Salute 2019*

quotidiane, una maggiore dipendenza dagli altri per le funzioni vitali di base ed una maggiore difficoltà di accesso ai servizi territoriali, elementi che introducono a tutti gli effetti la descrizione del cosiddetto "soggetto fragile".

Accanto a quanto sopra citato, si può constatare che in questi ultimi anni, stiamo assistendo ad una progressiva semplificazione nella dimensione e nella composizione delle famiglie tanto che il numero di componenti è passato da 2,7 (media 1997-1998) a 2,3 (media 2017-2018), soprattutto per l'aumento delle famiglie unipersonali. È aumentato il livello di istruzione, ci si sposa più tardi, l'uscita dalla famiglia di origine è tardiva e inoltre a seguito all'introduzione della donna nel mondo lavorativa, si è posticipata sempre più la nascita del primo figlio (in media la madre ha dai 26,5 anni ai 30 anni).

Si registra anche una certa disparità nella struttura familiare tra le varie regioni, infatti al Nord-ovest, Nord-est vi è una prevalenza delle persone che vivono da sole vi è infatti, la maggior concentrazione di coppie senza figli rispetto alla media nazionale (rispettivamente, 21,9 e 22,1 per cento); nel Centro, oltre alle famiglie unipersonali, sono più diffusi i nuclei monogenitore (9,1 per cento di madri con figli e 2,1 per cento padri con figli); nel Sud e nelle Isole le coppie con figli raggiungono l'incidenza massima (rispettivamente, 39,2 e 36,4 per cento).

Nella classe di età dai 55 ai 64 anni la percentuale di genitori diminuisce soprattutto per effetto del calo di genitori in coppia, e aumenta la quota di persone che vivono in coppia senza figli (26,1 per cento) o da sole (15,7 per cento). Dopo i 65 anni è massima la

percentuale di persone che vivono in coppia senza figli (43,2 per cento) o da sole 26,6%.

È dato di fatto che il tasso di invecchiamento della popolazione in Italia è il più rapido d'Europa, le persone over 85 sono sempre più sole, con diverse co-morbidità, non autosufficienti e spesso sprovvisti di un supporto familiare e sociale stabile.

La risposta assistenziale deve cambiare.

### **1.3.3 Nuovi scenari, nuovi bisogni, nuove risposte assistenziali**

Per affrontare la sfida dell'invecchiamento della popolazione, è necessario che la risposta tecnico-organizzativa del sistema sociale e sanitario si adegui tempestivamente ai mutamenti in corso e alle nuove esigenze, evitando l'ospedalizzazione e prediligendo interventi sul territorio, mirati alla prevenzione, alla promozione della salute, alla riabilitazione, alle facilitazioni ambientali, al sostegno economico, sociale e motivazionale dell'anziano e della sua famiglia, in stretta correlazione con il Piano Sanitario della Cronicità e il Piano Nazionale della Prevenzione.

L'ospedale ha rappresentato per lungo tempo lo snodo centrale dell'assistenza, ma i mutamenti visti e la necessità di tagliare le spese sanitarie evidenziano le debolezze di questo modo di intendere e organizzare la salute, che risulta non più efficiente e sostenibile. È indispensabile lo sviluppo di nuovi modelli assistenziali in cui si cercherà di dare sostegno alle famiglie che vivono in difficoltà, promuovendo l'autonomia delle persone disabili e non autosufficienti, svolgendo attività di promozione e prevenzione della salute e quindi di empowerment personale.

La presa in carico degli assistiti territoriale oppure ospedaliera dovrà prevedere un modello che si caratterizzi per la capacità di porre il paziente al centro del percorso di cura (patient - centered care; modello Bio-Psico-Sociale), puntando all'integrazione e alla personalizzazione dell'assistenza attraverso l'implementazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) delineati per ogni patologia, sempre tenendo in considerazione le peculiarità di ogni singolo paziente con lo scopo di offrire a ogni paziente le cure più appropriate al momento giusto e nel luogo giusto.

Una delle possibili risposte a questa esigenza è rappresentata dalla rete integrata dei servizi sociosanitari che vede l'integrazione a livello orizzontale di diverse figure professionali (MMG, PLS, assistente sociale, infermiere professionale, fisioterapista,

ecc.) e una integrazione verticale con l'assistenza specialistica e ospedaliera al fine di inquadrare l'anziano nella sua unitarietà, individuando precocemente l'anziano "fragile" (a rischio di perdere l'autosufficienza)

L'aumento della cronicità, legata all'aumento delle persone che giungono ad età sempre più avanzate, ma anche sempre meno libere da problemi di salute spesso invalidanti, necessita di essere affrontata molto prima che si manifesti responsabilizzando il paziente sugli stili di vita, coinvolgendolo attivamente nella gestione della propria condizione di salute (self-care) portandolo ad un massimo livello di empowerment individuale in modo da migliorare la sua capacità di 'fare fronte' alla patologia.

Molti esperti internazionali sui temi dell'empowerment e delle disuguaglianze sociali, quali Laverack, Marmot, Wallerstein e altri, affermano che la sostenibilità dei sistemi sanitari e la riduzione delle disuguaglianze sociali di salute sono sostenute da azioni rivolte al potenziamento delle capacità delle persone e delle comunità di partecipare consapevolmente ai processi decisionali sui temi che riguardano la salute.

I risultati di una revisione sistematica condotta dal National Institute for Health Research (NHS) inglese indicano che esiste prova concreta che gli interventi di coinvolgimento della comunità hanno un impatto positivo sui comportamenti sanitari, positive conseguenze sulla salute, sull'autoefficacia e generano una chiara percezione del valore del sostegno sociale, in varie condizioni.

In un altro recente studio, pubblicato nel 2019 da Jane South sostiene l'importanza di distinguere tra interventi basati sulla comunità rivolti a popolazioni "target", come destinatarie di attività guidate da professionisti, e approcci centrati sulla comunità con il fine di:

- riconoscere e cercare di mobilitare risorse all'interno delle comunità, comprese le competenze, le conoscenze e il tempo di individui, gruppi e organizzazioni della comunità;
- concentrarsi sulla promozione della salute e del benessere nella comunità, piuttosto che su logiche di servizio;
- promuovere l'equità nella salute lavorando in collaborazione con individui e gruppi che devono per affrontare gli ostacoli per la buona salute;
- cercare di aumentare il controllo delle persone sulla loro salute

Quello che è necessario è una “vera inversione di rotta” che sposti l’assistenza dall’ospedale al territorio/domicilio.

Inoltre l’emergenza legata al Covid-19 ha mostrato la grave carenza presente oggi sul territorio dove in assenza di professionisti in grado di essere presenti h24 accanto ai malati, questi sono stati lasciati soli o la loro condizione patologica è sfuggita ai controlli e comunque hanno dovuto ricorrere a forme improprie di assistenza rispetto quelle che un Servizio Sanitario pubblico deve garantire ed erogare.

E chi se non, un professionista formato in tematiche quali salute, continuità assistenziale, valutazione e gestioni dei principali bisogni, counselling, educazione terapeutica, può rispondere al meglio a questo drastico cambiamento epidemiologico, sociale e sanitario a cui stiamo assistendo in questi ultimi anni?

Proprio in questo contesto che entra in gioco l’Infermiere di Famiglia.

#### **1.4.1 Documenti normativi che promuovono L’IdFeC**

Per poter definire ed identificare le responsabilità, le competenze e le possibilità di sviluppo dell’infermiere di famiglia in Italia, è indispensabile far riferimento ai documenti che delineano il ruolo e le funzioni dell’infermiere, attraverso le norme giuridiche ed extra-giuridiche.

#### **1.4.2 Le norme giuridiche**

Fra le norme giuridiche più importanti, Decreto legislativo 502/92, con le sue successive modificazioni e integrazioni, all’articolo 6 comma 3 ha attribuito al Ministero della Sanità il compito di individuare, in successivi atti regolamentari, i profili delle professioni sanitarie, tra i quali figura anche quello dell’infermiere, definito grazie al decreto ministeriale 739/94. Lo stesso decreto ha indirizzato la definizione dei percorsi didattici post-base attraverso successivi decreti emanati dal Ministero dell’Università e della Ricerca Scientifica.

Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n° 739 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo Profilo Professionale dell’infermiere”, nell’articolo 1 individua la “figura professionale dell’infermiere, operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell’iscrizione all’albo professionale, è



responsabile dell'assistenza generale infermieristica". L'articolo 2 definisce gli ambiti dell'assistenza infermieristica (preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa) e la natura della stessa (tecnica, relazionale educativa). In particolare, per quanto attiene all'argomento in oggetto, nell'articolo 1.3 (lettera a), l'infermiere è colui che "partecipa all'identificazione dei bisogni di salute", ed "identificazione bisogni di assistenza infermieristica (...) della persona e della collettività" (lettera b). L'infermiere, inoltre, "agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali" (lettera e) ed infine "svolge la sua attività professionale in strutture pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero professionale" (lettera g).

L'articolo 5 individua cinque aree di Formazione specialistica:

1. SANITA' PUBBLICA: Infermiere di Sanità pubblica nella può essere collocata la formazione specialistica dell'IdF.
2. PEDIATRIA: Infermiere pediatrico
3. SALUTE MENTALE-PSICHIATRIA: Infermiere psichiatrico
4. GERIATRIA: Infermiere geriatrico
5. AREA CRITICA: Infermiere di Area critica

Le innovazioni apportate con la legge 26 febbraio 1999, n° 42 recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", sono rilevanti ed epocali. Nella professione viene abolito il ruolo di "professione ausiliaria, sostituita dalla denominazione "professione sanitaria". Viene abolito il mansionario (articolo 1, comma 2), vengono indicati tre criteri guida inseriti del contenuto dei profili professionali, dalla formazione di base e post base e dal codice deontologico, e si avvia un'evoluzione della figura professionale dell'infermiere basata su un percorso di maggiore autonomia del processo assistenziale.

La legge 10 agosto 2000 n° 251 recante "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" riafferma l'autonomia professionale nei campi di attività finalizzata "alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva", e con riferimento specifico alla legge 42/99. L'adozione della metodologia della pianificazione dell'attività per obiettivi per un'assistenza personalizzata, impegna gli infermieri a mettere in pratica tutti i contenuti professionali di cui la legge stessa ne

riconosce il possesso.

L'infermiere che vuole svolgere la propria attività in regime di libero professionista, ha come riferimento L'articolo 2229 del Codice Civile il quale annovera la libera professione tra quelle "intellettuali" e "protette". Il libero professionista è il "prestatore d'opera intellettuale effettua in regime di autonomia tecnica e gerarchica nei confronti del cliente con ampia discrezionalità sotto il profilo della tecnica professionale e con propria organizzazione del lavoro". Tra i riferimenti più importanti troviamo l'articolo 348 del Codice Penale che punisce l'esercizio abusivo, mentre è rimandato al Collegio Professionale il potere disciplinare verso gli iscritti (lesioni al decorso e indipendenza della professione).

### **1.4.3 Norme extra giuridiche**

La promulgazione di un codice etico costituisce uno dei passi fondamentali del processo di professionalizzazione: la finalità etica. È sulla base di tale finalità che il professionista agisce concretamente nel quotidiano. "Il compito prioritario del codice deontologico è quello di richiamare il professionista a un punto di vista, quello della morale che nel concreto agire rischia di essere sottovalutato".

Nel nuovo Codice Deontologico degli Infermieri del 2019 ci sono diversi articoli che si possono considerare una guida e un riferimento etico per l'IdFeC tra cui:

- Azione: "L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca". *Art 2*
- Relazione di cura: "Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura". *Art.4*
- Cultura della salute: "L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività". *Art.7*
- Interazione e integrazione: "L'Infermiere riconosce l'interazione e l'integrazione intra e interprofessionale, quali elementi fondamentali per rispondere alle

richieste della persona”.

*Art.16*

- Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura: “Nel percorso di cura l’Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l’espressione della sofferenza. L’Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l’interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l’adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.”

*Art.17*

- Esercizio della libera professione: “L’Infermiere, nell’esercizio libero professionale, si adopera affinché sia rispettata la leale concorrenza e valorizza il proprio operato anche attraverso il principio dell’equo compenso”.

*Art.39*

#### **1.4.4 Decreto Balduzzi**

La base normativa della figura dell’infermieristica di famiglia in Italia è la cosiddetta legge Balduzzi del 2012 che nell’art.1 prova a mettere a regime anni di iniziative nazionali e locali per le cure primarie prevedendo espressamente il coinvolgimento degli infermieri nelle diverse articolazioni dell’assistenza primaria territoriali.

Il decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, noto come Decreto Balduzzi convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, recante “disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”, stabilisce all’articolo 1, comma 1, che:

*“Le regioni definiscono l’organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l’integrazione con il sociale, anche con riferimento all’assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative mono-professionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multi-professionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l’integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza*

*sanitaria.”*

In riferimento alla necessità di una riorganizzazione del sistema sanitario centrato sul territorio, il presente provvedimento all'articolo 1 si prefigge l'obiettivo del pieno riconoscimento della professione infermieristica come punto di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza domiciliare, al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini e fronteggiare i problemi legati alla diffusione della cronicità e diminuire altresì gli accessi in pronto soccorso e le degenze ospedaliere, garantendo assistenza ai malati cronici che non richiedono cure intensive in ospedale.

#### **1.4.5 Patto per la salute 2019-2021**

L'infermiere di famiglia/comunità con il Patto per la Salute 2019-2020 entra ufficialmente a far parte dei pilastri fondamentali dell'assistenza territoriale di tutto il Paese.

Il Patto per la salute approvato il 18 dicembre 2019 si esprime chiaramente in merito al riordino dell'assistenza territoriale e sulla necessità di introdurre definitivamente la figura dell'IdFeC, in particolare la scheda 8 **“Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale”** recita:

*«Nell'ambito dell'assistenza territoriale si intende concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali. A tal fine si conviene di definire linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, con l'obiettivo di promuovere:*

- le modalità e gli strumenti per favorire l'effettiva continuità assistenziale e la presa in carico unitaria della persona nelle diverse fasi della vita e in relazione alle diverse tipologie di bisogno;*
- il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone;*
- specifiche politiche attive di promozione e tutela della salute con particolare attenzione all'infanzia e all'adolescenza, alle persone con disturbo mentale, al sostegno dell'autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienza. Saranno inoltre potenziate politiche a favore dell'area materno-infantile, delle patologie croniche, delle*

*dipendenze patologiche, dei disturbi del comportamento alimentare, delle cure palliative e della terapia del dolore;*

*- la valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, finalizzato alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità dell'assistenza, di aderenza terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità;»*

Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) esprime così la sua soddisfazione:

*“La professione fa un altro passo avanti nel suo cammino, entra nelle case delle persone, contrasta le disuguaglianze soprattutto nelle aree interne e garantisce un'assistenza territoriale accessibile soprattutto a una popolazione che invecchia e presenta sempre più cronicità e disabilità, con la necessità di soddisfare bisogni di assistenza complessi che gran parte delle famiglie non può affrontare da sola. Ed è una ulteriore conferma dell'assistenza universalistica, equa e omogenea su tutto il territorio che sia la Costituzione, sia la stessa legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale promettono ai cittadini. Ringraziamo il ministro della Salute e le Regioni per aver accolto la richiesta della Federazione di innovare il SSN attraverso l'introduzione dell'infermiere di famiglia/comunità, scegliendo la vera strada della multidisciplinarietà e dell'integrazione tra professionisti per rendere effettiva un'assistenza sul territorio che finora è spesso mancata proprio nei settori più delicati, come quello dell'assistenza agli anziani, ai malati cronici, ai non autosufficienti”.*

*“Con questa scelta l'Italia si allinea alle indicazioni dell'OMS che fino dal 1998, nel documento salute per tutti nel 21° secolo, sostenuto dall'Unione Europea per il raggiungimento degli obiettivi di salute fondamentali allo sviluppo dell'intera società, aveva indicato la necessità dell'infermiere di famiglia/comunità”.*

*“Ora le Regioni, che hanno approvato il Patto devono attuare quanto previsto insieme agli Ordini degli Infermieri. La Federazione (FNOPI), anche nell'ottica del protocollo con la Conferenza delle Regioni del dicembre 2018, è disponibile a dare il supporto necessario per applicare ovunque il modello internazionale di assistenza e la figura che oltre ad erogare le prestazioni infermieristiche necessarie ai cittadini diventerà un punto di riferimento per i servizi e anche per attuare momenti educativi di prevenzione, educare i caregivers di riferimento a prendersi cura del proprio caro, valutare i bisogni assistenziali di un singolo o di un gruppo: del paziente, della famiglia, della comunità. Siamo già al lavoro per preparare i nostri professionisti a interpretare al meglio questo nuovo ruolo che c'è stato assegnato all'interno del Servizio sanitario nazionale.”*

Il Ministro della Salute, R. Speranza così conclude:

*“L’infermiere di famiglia è un tassello importante della Riforma dell’assistenza sul territorio che abbiamo inserito nel nuovo Patto per la Salute. Di fronte ai cambiamenti epidemiologici e demografici dei prossimi decenni dobbiamo essere sempre più vicini ai nostri anziani e ai malati cronici e questo è uno strumento chiave per le cure residenziali e per evitare che, per mancanza di risposte assistenziali, si vada nei pronto soccorso”.*

#### **1.4.6 Decreto Rilancio n.34 del 19 maggio 2020**

È pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 19 maggio 2020 il decreto n. 34 **“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”**. Il cosiddetto “Decreto Rilancio”.

Nelle cure territoriali arriva ufficialmente l’Infermiere di famiglia. È questa la ratio della proposta di legge che modifica la legge 502/92 e introduce questa nuova figura che va ad affiancarsi a quelle di medico di famiglia, pediatra e specialista ambulatoriale nell’erogazione dell’assistenza distrettuale.

Il provvedimento all’articolo 1 si prefigge l’obiettivo del pieno riconoscimento della professione infermieristica come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza territoriale e domiciliare, al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini e fronteggiare i problemi legati alla diffusione da CoV-2 e diminuire altresì gli accessi in pronto soccorso e le degenze ospedaliere, garantendo assistenza ai malati cronici che non richiedono cure intensive in ospedale”.

*«Per l’anno 2020, al fine di rafforzare l’offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l’emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 soprattutto in una fase di progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, con l’obiettivo di implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, dei casi confermati e dei loro contatti al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus, oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimesso o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario, le regioni e le province autonome adottano piani di potenziamento e riorganizzazione della rete*

assistenziale. I piani di assistenza territoriale contengono specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale nonché con le Unità speciali di continuità assistenziale, indirizzate a un monitoraggio costante e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento. I predetti piani sono recepiti nei programmi operativi richiamati dall'articolo 18, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 e sono monitorati congiuntamente a fini esclusivamente conoscitivi dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze in sede di monitoraggio dei citati programmi operativi. Le regioni e le province autonome organizzano inoltre le attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture residenziali, anche garantendo la collaborazione e la consulenza di medici specialisti in relazione alle esigenze di salute delle persone assistite, con le risorse umane strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente».

Il decreto conferma all'art 1 comma 5 che:

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

*50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10».*

Si rafforzano i servizi infermieristici distrettuali, con l'introduzione esplicita e per legge dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da COVID-19. Le aziende e gli enti del Ssn potranno conferisce, dal 15 maggio 2020, incarichi di lavoro autonomo, anche di Co.Co.Co, in numero non superiore a 8 unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti (in tutto 9.600 infermieri), ad infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro l'ora per un monte ore settimanale di massimo 35 ore. Dal 2021 queste posizioni potranno essere a tempo indeterminato.

Tale Decreto-Rilancio è stato successivamente convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77. L'infermiere di Famiglia è legge.



## **CAPITOLO 2: IDENTIKIT INFERMIERE DI FAMIGLIA/ COMUNITÀ E SPERIMENTAZIONI ITALIANE.**

### **2.1 Come nasce L'IdFeC?**

Per rispondere in modo adeguato ai bisogni espressi dai cittadini della Regione Europea e agli obiettivi di garantire “salute per tutti” emersi dalla dichiarazione di Alma-Ata del 1978, anche l'Unità per l'infermieristica e l'Ostetricia dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità cominciò ad elaborare uno studio sull'Assistenza infermieristica nell'intento di rientrare l'assistenza stessa, alla luce dei 38 obiettivi individuati.

La prima Conferenza Europea sull'infermieristica fu la risposta alle necessità individuate e si tenne a Vienna nel 1988, durante la quale nacque la “Dichiarazione di Vienna” sull'Infermieristica in supporto degli obiettivi Europei per la “Salute per tutti” nella quale trovarono definizione diverse direttive. I Ministri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che parteciparono alla Conferenza raccomandarono lo sviluppo di servizi infermieristici innovativi, centrati sullo sviluppo della Salute oltre che sulla malattia. Inoltre, secondo le direttive di Vienna, la pratica avrebbe dovuto essere basata sull'assistenza sanitaria di base.

Dalla conferenza di Vienna, vengono definite le funzioni dell'Infermiere: assistenziale, organizzativa-gestionale, educativa e di ricerca trovarono una loro definizione, ma soprattutto riguardo alla formazione professionale, si affermava l'opportunità di formare un “infermiere polivalente”, il cui operato poteva trovare come contesto sia l'ospedale che la comunità, con una profonda e solida educazione di base che desse una forte enfasi alle tematiche dell'assistenza sanitaria primaria.

La spinta che diede la Conferenza di Vienna sfociò in un progetto rappresentato da Infermieri dei 32 Paesi Membri della Regione Europea, chiamato “Nursing Action”, elaborato nel 1993, i cui due aspetti principali sono: leadership infermieristica e sviluppo della qualità dell'assistenza.

L'ultimo punto era diretto a creare, nell'arco di sei anni, servizi orientati ad un'assistenza di base che ponga in primo piano la persona e i suoi bisogni con il conseguimento di risultati in termini di qualità, efficacia ed efficienza, ma anche rispettando i principi di equità e appropriatezza stabiliti dalla politica di salute per tutti.

A livello europeo, l'infermieristica iniziava a delineare i confini dell'assistenza adeguata al quadro politico sanitario regionale delineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

A Monaco, nel giugno 1999, i ministri della sanità dei paesi della Unione Europea aderenti all'OMS si riunirono delineando una nuova figura infermieristica che apportasse un contributo originale allo sviluppo sanitario e alle prestazioni dei servizi in sanità: l'Infermiere di Famiglia.

Sempre l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2000, pubblica un altro importante documento ai fini dell'identificazione dell'IdFeC, **“The family Health Nurse. Context, conceptual framework and curriculum”** in cui si definisce l'Infermiere di Famiglia come un professionista, individuato all'interno di un team multidisciplinare di operatori sanitari, per il raggiungimento dei 21 obiettivi per la salute del ventunesimo secolo, stabiliti dall'OMS nel 1998.

Il Family Health Nursing si basa sulla capacità dell'infermiere di dirigere e incoraggiare la famiglia, identificando i suoi bisogni di salute e indicando la strada migliore nell'utilizzo dei servizi sanitari. Nel documento redatto dal WHO si ribadisce inoltre la necessità di un cambiamento innanzitutto della formazione dell'infermiere, producendo professionisti con conoscenze di base e avanzate dal punto di vista scientifico, con abilità nella diagnosi clinica e abilità di tipo preventivo, curativo e riabilitativo.

## **2.2 Health 21**

Nel 1998 l'Oms adotta la Dichiarazione mondiale sulla salute con la quale gli stati membri si impegnano a realizzare un vasto programma per l'attuazione di una strategia della salute per tutti per il 21esimo secolo, tale dichiarazione, viene tradotta, dagli stati membri della Regione Europea, in un documento di carattere politico-tecnico con cui si definiscono 21 obiettivi da perseguire nel corso del XXI secolo. Essi intendono favorire un quadro di riferimento per l'azione di ciascuno stato membro, in modo che tutti possano definire le proprie politiche e strategie sanitarie in linea con quelle del documento politico dell'OMS suddetto.

“Salute21” è un documento di politica sanitaria della Regione europea dell'OMS, elaborato nel 1998 a Monaco, con lo scopo di “raggiungere il pieno potenziale di Salute per tutti”, attraverso la realizzazione di due scopi principali:

- Promuovere e proteggere la salute degli individui per tutto il corso della loro vita
- Ridurre l'incidenza delle patologie e dei traumi maggiori e alleviare la sofferenza che ne deriva.

L'aspetto Etico di Salute 21, si orienta su tre valori di base:

- La salute come diritto umano fondamentale di ogni essere umano
- L'equità in materia di salute e la solidarietà di azioni tra i diversi paese, al loro interno e tra i rispettivi abitanti
- La partecipazione e la responsabilità degli individui, dei gruppi, delle situazioni e delle popolazioni per uno sviluppo sanitario continuo delinea una nuova figura infermieristica che deve apportare un contributo originale allo sviluppo sanitario e alle prestazioni dei servizi in sanità ovvero l'Infermiere di Famiglia.

*L'infermiere di famiglia viene definito come un infermiere che: "aiuterà gli individui e le famiglie ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del loro tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le loro famiglie. Tali infermieri consigliano riguardo gli stili di vita ed i fattori comportamentali di rischio, così come assisteranno le famiglie con problemi riguardanti la salute. Attraverso la diagnosi precoce, essi possono garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati in uno stadio precoce. Con la loro conoscenza della salute pubblica, delle tematiche sociali e degli altri servizi sociali, possono identificare gli effetti dei fattori socioeconomici sulla salute della famiglia ed indirizzare quest'ultima alle strutture più adatte. Possono facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agire da tramite tra la famiglia ed il medico di base, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico."* (Health 21, 1998).

Salute 21 inoltre puntualizza che: *"la famiglia (ambiente domestico) è l'unità di base della società dove, chi si occupa dell'assistenza è in grado non soltanto di indirizzare le lamentele fisiche somatiche, ma anche di tener conto gli aspetti psicologici e sociali delle loro condizioni. Per chi offre assistenza primaria è importante conoscere la situazione in cui vivono i pazienti: la casa, la famiglia, il lavoro, l'ambiente fisico e sociale possono avere un peso considerevole sulle loro malattie. Se gli operatori non sono consapevoli di questi fattori, alcuni sintomi insorgenti possono venire interpretati in maniera non*

*corretta ed i problemi non riconosciuti non vengono curati. Ne possono risultare procedure di diagnosi e cura non necessarie che aumentano i costi senza contribuire ad analizzare i problemi reali”.*

È previsto che l’infermiere di famiglia sia responsabile di un gruppo predefinito di “famiglie”.

Dei 21 obiettivi postulati quelli riguardanti l’Infermiere di Famiglia sono l’obiettivo 15 e 18.

### **2.2.1 Obiettivo 15- Un Settore Sanitario Integrato**

In molti Stati Membri è necessario un sistema sanitario più integrato con una maggiore enfasi sull’assistenza sanitaria di base, con al centro infermieri ben addestrati che forniscono un ampio ventaglio di consigli sullo stile di vita, sostegno e servizi domiciliare ad un numero limitato di famiglie.

Servizi più specializzati dovrebbero essere forniti da un medico di famiglia che, insieme agli infermieri, dovrebbe interagire con le strutture della comunità locale per problemi sanitari locali. La libertà di scelta dovrebbe essere una prerogativa dei singoli cittadini mentre l’obiettivo principale della coppia medico/infermiere dovrebbe essere l’attivo sostegno dell’autocura.

La politica e i programmi sanitari della comunità dovrebbero garantire un sistematico coinvolgimento dei settori locali e delle organizzazioni non governative nel promuovere stili di vita più sani, un ambiente più sano e un sistema di servizi sociali e sanitari efficienti a livello locale.

Un sistema sanitario integrato si rivela più vantaggioso in termini economici, politici e sociali con una conseguente ottimizzazione delle risorse a guadagno della qualità dell’assistenza.

### **2.2.2 Obiettivo 18- Sviluppo delle risorse umane per la salute**

Da qui al 2010, tutti gli stati membri dovranno aver fatto in modo che i professionisti della sanità e i professionisti di altri settori abbiano acquisito conoscenze, atteggiamenti e capacità adeguate a proteggere e promuovere la salute.

L’obiettivo 18 cita uno degli argomenti più importanti di questi ultimi anni: la formazione insufficiente riguardo a contenuti giudicati come indispensabili alla messa in pratica di abilità legate alla nostra professione. L’Organizzazione Mondiale della Sanità richiama la

formazione ancora non adatta per mettere in atto interventi mirati alla salute della popolazione. Sono richieste capacità di valutazione dei bisogni dei singoli e della collettività la capacità di elaborazione dei dati raccolti e di pianificazione del proprio operato in termini di efficacia ed efficienza.

Lo scopo del curriculum è di formare l'IdF alla pratica.

### **2.3 “The family Health Nurse. Context, conceptual framework and curriculum”**

Basandosi sulle competenze derivate dalla definizione dell'Oms del poliedrico ruolo, dell'Infermiere di Famiglia, è stato redatto dall'OMS nel 2000, un curriculum che servirà a preparare infermieri qualificati ed esperti in questo nuovo ruolo in linea con quanto previsto dalla politica Salute 21 e quindi il raggiungimento del pieno potenziale di salute per tutti. Il curriculum enfatizza l'integrazione tra la teoria e la pratica ed i contenuti sono descritti in 7 moduli.

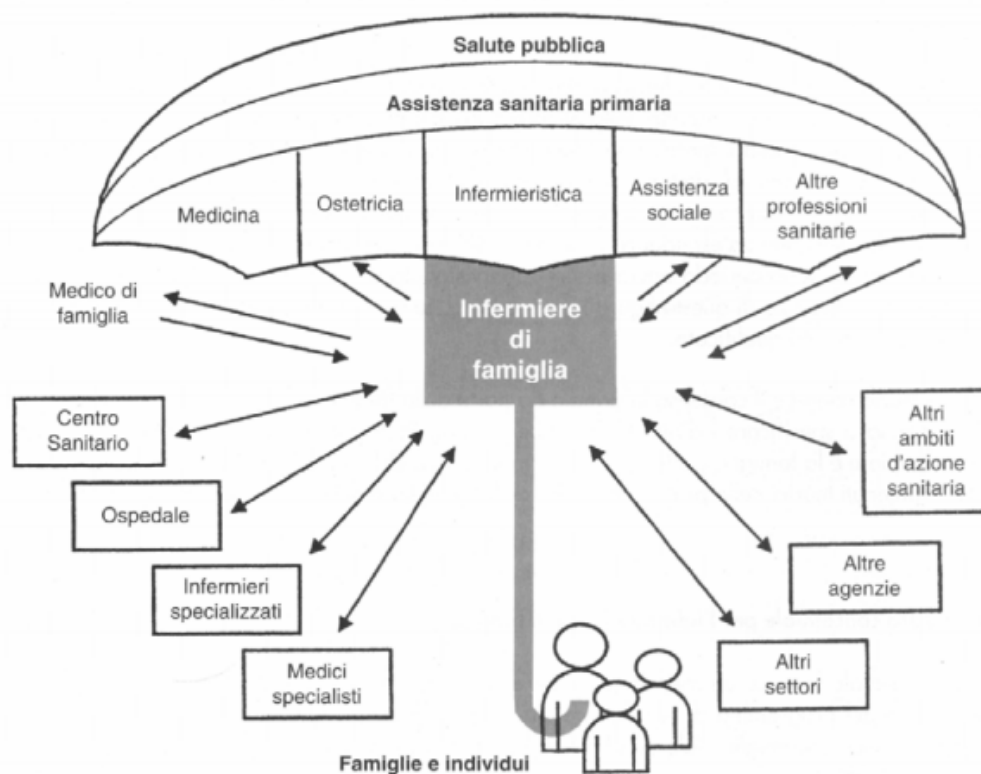
La posizione ed il ruolo del nuovo infermiere di famiglia possono essere raffigurati come nella figura 1, sotto “l'ombrello” della salute pubblica e dell'assistenza primaria e nel contesto del settore sanitario integrato descritto dall'obiettivo 15 di Salute 21: *“Entro l'anno 2000, la popolazione nella Regione dovrà avere un migliore accesso all'assistenza primaria orientata sulla famiglia e sulla comunità, sostenuta da un sistema ospedaliero flessibile e responsabile”*.

In tal senso è evidente come questa figura possa lavorare in un team multidisciplinare e insieme al Medico di Famiglia, è un professionista chiave che combina elementi di salute pubblica, compresa la promozione della salute e la prevenzione, con l'assistenza curativa e palliativa facilita la cooperazione tra famiglia comunità e sistema sanitario.

L'infermiere di famiglia e di comunità promuove l'evoluzione dal modello assistenziale paternalistico a quello partecipativo, attraverso il coinvolgimento attivo della persona assistita e della sua rete familiare.

Se la Sanità Pubblica fosse un ombrello, composto da Medici, Infermiere, Professionisti sanitari vari e sotto il quale trovano riparo ospedali, centri medici, specialisti, famiglie e individui, l'Infermiere di Famiglia e di Comunità rappresenta il manico dell'ombrello, ciò che lo regge e lo rende più forte e stabile.

## L'IDF SOTTO "L'OMBRELLO" DELLA SALUTE PUBBLICA E DELL'ASSISTENZA PRIMARIA



*Fig. 2 Ombrello della salute pubblica. Tratto da The family Health Nurse. Context, conceptual framework and curriculum*

Per descrivere il ruolo dell'infermiere di famiglia e orientare il curriculum presentato in questo documento, il Gruppo di Pianificazione Curriculum ha utilizzato la teoria dei sistemi, la teoria dell'interazione e la teoria dello sviluppo.

**La teoria dei sistemi** fornisce un utile modo di rappresentare ed analizzare la complessità di una situazione e l'assistenza è una questione davvero complessa.

**La teoria dell'interazione** incoraggia le considerazioni riguardanti i rapporti infermiere/paziente e infermiere/famiglia ed i concetti di collaborazione e lavoro d'equipe

fondamentali nella filosofia dell'assistenza primaria.

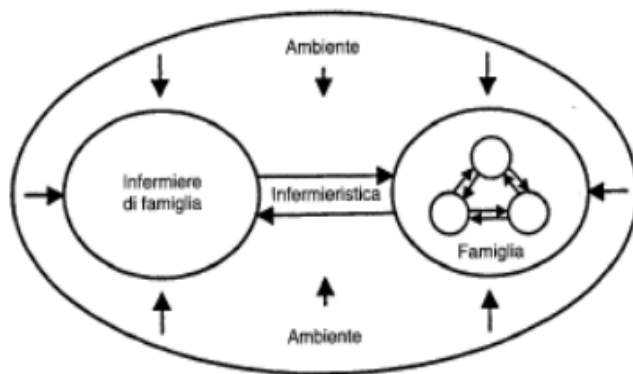
**La teoria dello sviluppo** è importante per aiutare non solo la comprensione dell'essere umano ma anche dello sviluppo della famiglia, nel contesto dei principali eventi della vita che tutte le persone devono affrontare con varia intensità ed impatto, a seconda di diversi fattori complessi.

Queste tre teorie si combinano nel modello concettuale illustrato dalle figure 2 e 3.

La figura 2 illustra come l'infermiere di famiglia e le famiglie con le quali lavora possano essere considerate come sistemi operanti all'interno di un contesto o di un ambiente. Molti elementi dell'ambiente (stressors) influiscono, sia positivamente che negativamente su questi sistemi, rafforzandone o indebolendone l'esistenza e l'integrità. La salute è vista come l'equilibrio dinamico che si mantiene tra uno dei sistemi, es. la famiglia o l'individuo, e l'ambiente. Questi sistemi cambiano e si sviluppano nel tempo, non sono mai statici. Il lavoro dell'infermiere di famiglia è un'attività interattiva, in cui infermiere e famiglia sono partners.

Obiettivo dell'attività infermieristica è di mantenere e, se possibile nel tempo, migliorare l'equilibrio o lo stato di salute della famiglia, aiutandola ad evitare o ad adattarsi agli stressors o alle minacce per la salute.

*Figura 2: La famiglia e l'infermiere di famiglia come sistemi in un ambiente*



*Figura 3: La Famiglia e l'Infermiere di famiglia come sistemi in un ambiente. Tratto da. The family Health Nurse. Context, conceptual framework and curriculum.*

La figura 3 illustra i 4 principali tipi di intervento dell'Infermiere di famiglia: prevenzione primaria, secondaria, terziaria e interventi di assistenza diretta e in caso di crisi.

La **prevenzione primaria**: l'infermiere verifica la possibile presenza di fattori dannosi alla salute e lavora attivamente monitorando l'integrità del sistema famiglia.

La **prevenzione secondaria**: rappresenta un intervento di secondo livello che mediante la diagnosi precoce di malattie, in fase asintomatica (programmi di screening e vaccinazioni), consente l'identificazione di una malattia o di una condizione di particolare rischio seguita da un immediato intervento terapeutico efficace, atto a interrompere o rallentare il decorso.

La **prevenzione terziaria**: fa riferimento a tutte le azioni volte al controllo e contenimento degli esiti più complessi di una patologia. Consiste nell'accurato controllo clinico-terapeutico di malattie ad andamento cronico o irreversibile, e ha come obiettivo quello di evitare o comunque limitare la comparsa sia di complicazioni tardive che di esiti invalidanti. Si realizza attraverso misure riabilitative e assistenziali, volte al reinserimento familiare, sociale e lavorativo del malato, e all'aumento della qualità della vita.

Il **quarto tipo di intervento**: l'infermiere è attivo nell'assistenza diretta e quindi nel momento in cui si verifica un evento

### **L'Infermieristica di Famiglia: aiutare la famiglia a mantenere la salute ed adattarsi positivamente alle minacce da salute**

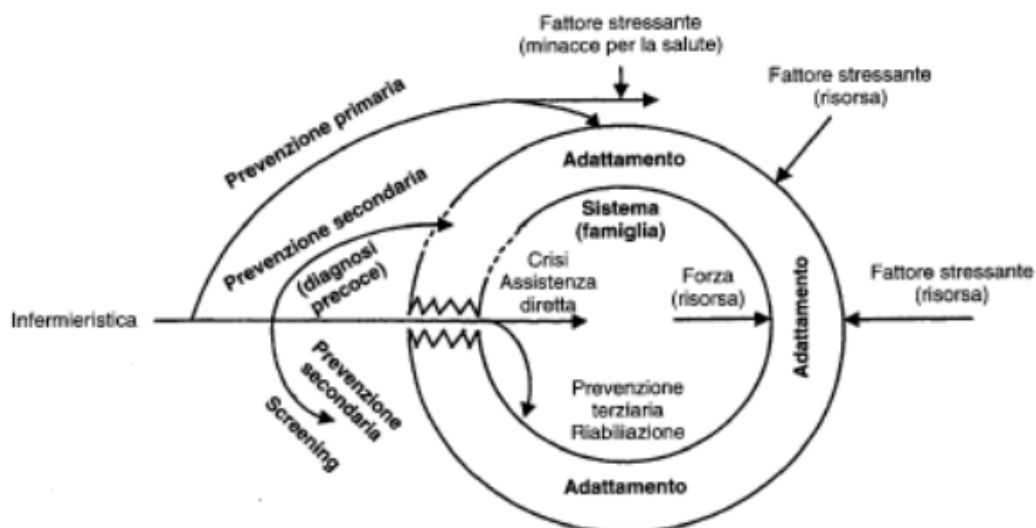


Figura 4: L'infermieristica di Famiglia: aiutare la famiglia a mantenere la salute ed adattarsi positivamente alle minacce da salute. *The family Health Nurse. Context,*



## **2.4 Definizione**

L'IdFeC è il professionista in possesso di specifico titolo universitario post base, competente nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute individuali e della comunità, nonché nella presa in carico, dal punto di vista infermieristico, delle persone nel loro ambiente familiare e di vita. La sua azione è orientata sia a sostenere lo sviluppo della capacità personali sia a potenziare le risorse disponibili nelle comunità.

Non si tratta, quindi, di un professionista prestazionale: non è da confondere con l'Infermiere delle cure domiciliari e non interviene a seguito di una prescrizione medica. È, invece, un professionista che prende in carico un certo numero di cittadini, sani o malati, e lavora in modo proattivo, incentrando la propria azione sulla prevenzione, sulla promozione della salute e sullo sviluppo delle competenze del singolo e della comunità attraverso azioni di empowerment.

## **2.5 Mission/obiettivi**

L'Infermiere di Famiglia e Comunità ha come obiettivo la salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione adulta e pediatrica di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento e favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Agisce in autonomia professionale, afferendo ai servizi infermieristici del Distretto di riferimento, in stretto raccordo con i servizi sanitari e sociali e con gli altri professionisti del Servizio Sanitario Nazionale.

L'infermiere di famiglia è chiamato ad offrire un significativo contributo nel perseguire gli obiettivi volti a promuovere e a conservare la salute della popolazione lungo tutto l'arco della vita; con questo tipo di lavoro gli infermieri di famiglia possono da un lato individuare precocemente l'insorgenza di problemi di salute e garantirne la cura sin dal loro insorgere, dall'altro possono facilitare le dimissioni precoci dei pazienti dalle altre strutture sanitarie, reinserendo tempestivamente l'individuo nel proprio contesto sociale.

In questo modo la persona assistita si sente il vero protagonista del proprio progetto di salute e non delega agli altri la cura di sé stesso, anzi con gli opportuni strumenti e conoscenze, che l'infermiere e i diversi professionisti gli offrono diventa "operatore" di sé stesso.

## **2.6 La formazione**

Il percorso formativo successivo alla laurea triennale è imprescindibile per il riconoscimento del ruolo specialistico. Il titolo di infermiere di Famiglia e di Comunità consegue alla frequenza del Master di I livello, con l'acquisizione di 60 crediti Formativi Universitari (CFU). Le università in cui sono attivi questi Master sono: in Piemonte L'Università di Torino – Polo San Luigi e l'Università del Piemonte Orientale a Novara; in Lombardia Milano “Bicocca” e a Brescia l'Università Cattolica del Sacro Cuore; in Toscana l'Università di Pisa, nella sede distaccata di Lucca; nelle Marche l'Università Politecnica di Ancona. L'ultimo dato diffuso dalla FNOPI a riguardo fu nel 2016: da allora la competenza specifica di Infermiere di Famiglia era attiva, a metà dell'anno, in 9 atenei e aveva portato alla formazione di circa 5.400 professionisti “specializzati”.

## **2.7 Le competenze core**

Le competenze core che con la formazione si cerca di costruire sono ben sintetizzate dal profilo proposto dall'Associazione Infermieri di Famiglia e di comunità (AIFeC) nel 2019, dai risultati del progetto europeo ENHANCE, dell'esperienza formativa pluriennale dei Master di I° livello in Infermieristica di Famiglia e di Comunità delle Università di Torino e del Piemonte Orientale e ulteriormente ribadite dalla Position Statement della FNOPI pubblicata il 17 luglio 2020.

L'IdFeC, attraverso la formazione universitaria post base, acquisisce e implementa conoscenze e competenze per:

- La valutazione dei bisogni di salute della persona in età adulta e pediatrica, delle famiglie e della comunità attraverso approcci sistemici validati come il modello di analisi e intervento familiare di Calgary<sup>3</sup>.
- La promozione della salute e la prevenzione primaria, secondaria e terziaria facendo riferimento ai modelli concettuali disponibili, tra cui: il Population Health Promotion Model, l'Expanded Chronic Care Model e il Population Health Management.
- La presa in carico delle persone con malattie croniche in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, ad esempio associati all'età.
- La conoscenza dei fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, considerando i determinanti della salute.

- Lo sviluppo dell'educazione sanitaria in ambito scolastico anche nell'ottica di un ambiente sicuro (es: vaccinazioni, Covid 19 ecc.).
- La relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica con gli assistiti.
- La valutazione personalizzata dei problemi sociosanitari che influenzano la salute, in sinergia con il MMG, I PLS e tutti gli altri professionisti che operano sul territorio.
- La definizione di programmi di intervento infermieristici basata su prove scientifiche di efficacia, anche prescrivendo o fornendo agli assistiti le indicazioni dei presidi assistenziali più efficaci al percorso di cura concordato.
- La creazione e valutazione degli standard qualitativi per l'assistenza infermieristica territoriale.
- La definizione di ambiti e problemi di ricerca.
- L'utilizzo di supporti documentali e gestionali informatici per la documentazione dell'attività assistenziale che concorrono alla rendicontazione dell'attività svolta sul territorio di riferimento.

Tali competenze avanzate consentono a livello individuale e familiare:

- Lettura e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti della salute che incidono sul contesto individuale e familiare. In particolare si segnalano tra gli approcci e modelli di valutazione della famiglia esistenti quali ad esempio, il Friedman Family Assessment Model, il Calgary Family Assessment Model e il McGill Model/Developmental Health Model.
- Rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali soluzioni migliorative utilizzando modelli scientifici come il Kaiser Permanente.
- Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate in utilizzo nel contesto italiano.
- Interventi di promozione di stili di vita e comportamenti salutari dell'individuo e della famiglia anche in relazione alla cura di eventuali patologie già in atto.
- Coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale.
- Valutazione del bisogno di orientamento rispetto ai servizi sociosanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di

informazione e di comunicazione disponibili.

- Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.
- Facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con Il MMG, il PLS e gli altri specialisti.
- Monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale e del livello di complessità assistenziale e valutazione delle alterazioni sintomatiche delle condizioni di salute in caso di malattia, acuta o cronica, che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze, in integrazione con i Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti.
- Monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di anomalie al Medico di Medicina Generale.
- Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure.
- Adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.
- Interventi diretti sulla base delle competenze clinico assistenziali specifiche e dell'expertise maturato.
- Attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.

A livello comunitario:

- Lettura e analisi del contesto comunitario, attraverso un processo partecipativo tra i vari stakeholder di riferimento del territorio.
- Mappatura delle risorse del territorio per il mantenimento di stili di vita sani, incluse le associazioni di volontariato.
- Formazione, coordinamento e supervisione delle persone che entrano a far parte volontariamente della rete assistenziale della comunità.
- Collaborazione con le autorità sanitarie locali per costruire flussi informativi utili alla valutazione e gestione della popolazione in carico.
- Collaborazione alla continuità assistenziale attraverso l'integrazione dei servizi fra ospedale e territorio in sinergia con le organizzazioni, i MMG e gli altri professionisti.

- Collaborazione con il Medico di Medicina Generale, con le Unità di Valutazione Multidimensionali dei Distretti, con i professionisti dei servizi socioassistenziali, con le associazioni di volontariato.
- Partecipazione alla redazione, verifica, attuazione e supervisione di protocolli e procedure per la qualità dell'assistenza.
- Progettazione di interventi di rete e monitoraggio dei risultati nell'ottica dell'attivazione del capitale sociale e dello sviluppo dell'empowerment di comunità.
- Progettazione e attivazione di iniziative di promozione e prevenzione della salute rivolte alla comunità che favoriscano la partecipazione attiva.
- Attivazione di iniziative di informazione sulla salute e sui rischi rivolte a gruppi di persone.
- Applicazione di strategie e metodi educativi a gruppi di persone, mirati al miglioramento delle abitudini e degli stili di vita e al self-management
- Progettazione di occasioni di incontro tra persone che presentano problemi di salute simili per favorire i processi di auto mutuo aiuto con modelli validati come il Modello Stanford.

## 2.8 Livelli di intervento

L'intervento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità si esprime a:

- **Livello individuale e familiare:** attraverso interventi diretti e indiretti che hanno come destinatari la persona, la sua famiglia e le sue persone di riferimento. Favorisce la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale capace non solo di garantire prestazioni che può comunque erogare specie se complesse, ma anche di anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi, con l'obiettivo finale di accompagnare i cittadini nel loro percorso di gestione del processo di salute e di vita.
- **Livello comunitario:** L'IdFeC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità e contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità. L'IdFeC non è solo un erogatore di care, ma attivatore di potenziali di care, che insistono in modo latente nella comunità e che portati alla luce sprigionano una

serie di beni cognitivi, affettivi, emotivi e di legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico. L'IdFeC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute.

## **2.9 Ambiti lavorativi**

L'intervento dell'IdFeC si sviluppa sostanzialmente in tre ambiti:

- **A livello ambulatoriale:** L'ambulatorio infermieristico territoriale rappresenta un nuovo modello di organizzazione e gestione dell'assistenza infermieristica in grado di rispondere con competenza alle diverse esigenze della collettività. Può essere attivato e gestito da liberi professionisti, in forma individuale associata, oppure costituire parte integrante del SSN o di comprensori comunali. Qui l'infermiere eroga l'assistenza a tutti gli utenti che sono in grado di deambulare e che necessitano di assistenza infermieristica a medio-bassa complessità e/o interventi di educazione – promozione alla salute. L'attività ambulatoriale può essere svolta in strutture residenziali già esistenti nella comunità (casce di riposo, strutture residenziali protette ecc..) e affinché si attivino percorsi di integrazione efficaci è fondamentale la vicinanza dell'ambulatorio infermieristico al luogo di attività dell'assistente sociale, facilitando il riconoscimento di una sede socio-assistenziale e di conseguenza l'integrazione delle due aree.

L'attività ambulatoriale provvede:

- all'erogazione delle prestazioni di maggiore richiesta degli utenti (prelievi, medicazioni, iniezioni, infusioni, controllo e monitoraggio dei parametri vitali, ecc.) con una modalità di risposta complessiva che permetta di limitare in modo significativo la distanza, non solo fisica, tra cittadino e istituzioni;
- all'orientamento e informazione all'utente relativamente all'offerta sanitaria migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari pubblici;
- alla promozione di interventi di educazione alla salute finalizzati all'autogestione di problematiche assistenziali semplici.

Il rapporto assistenziale, pur essendo basato su episodi (le visite), si protrae nel tempo permettendo di instaurare con l'assistito un rapporto di fiducia che consente l'effettuazione della necessaria educazione sanitaria.

• **A livello domiciliare:** L'assistenza domiciliare è un tipo di servizio erogato direttamente a casa dell'utente, che comprende a seconda dei casi prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socioassistenziali. Essa è caratterizzata da vari gradi, che dipendono dalle specifiche necessità della persona che la richiede.

Descrivendo tali livelli è possibile capire con facilità che tipo di interventi essa preveda:

**Primo livello (Assistenza domiciliare sociale):** Assistenza destinata a persone parzialmente non autosufficienti o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di sostegno psico-sociale e di cura olistica della persona. Viene definita a bassa intensità, ma è chiaro che per l'utente interessato può risultare fondamentale.

**Secondo livello (Assistenza domiciliare sanitaria):** Consiste nell'erogazione di interventi di natura sanitaria. È rivolta a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, che richiedono prestazioni infermieristiche, riabilitative, mediche o specialistiche. È un'assistenza a media ed alta intensità, che si ripropone di evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente di vita.

**Terzo livello (Assistenza domiciliare integrata):** Questo livello riguarda le situazioni più complesse, nelle quali vengono affrontate le situazioni più difficili, quelle che richiedono l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata). Qui il servizio di assistenza medica è coordinato con quello socio-assistenziale, trattandosi di conseguenza di una fusione vera e propria dei primi due livelli. La forma più avanzata di assistenza domiciliare è l'ADI.

L'attività a domicilio si caratterizza per le attribuzioni già illustrate nell'attività ambulatoriale integrate dalle seguenti funzioni:

- di promozione della continuità delle cure tra ospedale e territorio e viceversa attraverso la messa in rete di tutti i servizi e i professionisti sanitari e sociali presenti nel territorio;
- promozione della salute nella comunità attraverso l'integrazione delle cure infermieristiche con tutte le esigenze di ordine sanitario, sociale e soprattutto educativo del nucleo familiare, con un approccio volto a valorizzare le risorse delle singole famiglie indirizzandole verso una corretta autocura ed autogestione;
- promozione della presa in carico leggera ed anticipata quando ancora il bisogno non sia stato espresso, ma è già potenzialmente presente;
- progettazione e verifica di interventi di "aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona" resi da altri operatori (operatori socio-sanitari, assistenti familiari,

familiari stessi ecc.);

- tutorato nei confronti dei care-givers, badanti, e/o altre risorse presenti nella comunità.
- **A livello sociale:** l'Infermiere svolge attività trasversali di fattivo sostegno dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra gli operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali ed informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti i bisogni di salute. Tutto ciò l'Infermiere lo svolge attraverso il lavoro di rete che si può definire una modalità di lavoro nel quale a partire da un problema specifico, si definiscono le integrazioni necessarie per garantire la continuità dei percorsi, nonché le interrelazioni tra le funzioni dei servizi coinvolti a vantaggio di un miglior trattamento dei problemi di salute della persona o della comunità.

### **2.10 Infermiere di Famiglia: Sì? No?**

Introdotta ufficialmente con il Patto per la Salute 2019-2020 e confermato con il Decreto Rilancio n.34 del 19 maggio 2019 è ciò che tutti i cittadini italiani vogliono, infatti secondo una recente ricerca CENSIS-FNOPI presentata il 5 giugno 2020 emerge che il 91,4% degli italiani considera che l'Infermiere di Famiglia e di Comunità sia una soluzione ottima per l'assistenza e la cura a persone non autosufficienti, malati cronici, persone bisognose di terapie domiciliari, riabilitative (tab. 8).

L'elevata percentuale resta tale trasversalmente e ai territori, sempre con valori attorno al 90%. Riguardo alle motivazioni del consenso emerge che (fig. 3):

- il 51,2% è convinto che faciliterebbe la gestione dell'assistenza al paziente migliorando la qualità della vita a pazienti e familiari (minore ansia sui problemi, gestione più semplice del proprio tempo, spostamenti ridotti, ecc.);
- il 47,7% indica che tale figura darebbe sicurezza, tranquillità ai malati e ai familiari;
- per il 22,7% innalzerebbe la qualità delle cure, perché sarebbe il coordinatore di fatto dell'assistenza;
- per il 20,8% consentirebbe di ridurre le spese, ad esempio, per il trasporto, per ore di lavoro perse;
- per il 20% sarebbe minore il rischio di ricorrere a personale non competente e inappropriato per certe prestazioni.



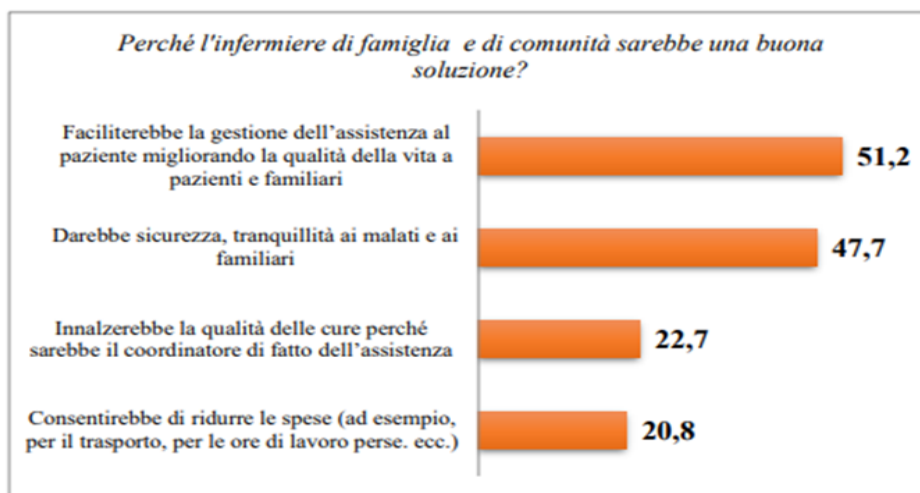
**Tab. 8 – Opinione degli italiani sulla figura dell’infermiere di famiglia e di comunità, per area geografica (val. %)**

<i>Lei ritiene che l’infermiere di famiglia e di comunità che garantisce l’assistenza a casa o presso strutture sanitarie di prossimità sul territorio a non autosufficienti, malati cronici, persone bisognose di terapie domiciliari, riabilitative ecc., sarebbe una buona soluzione?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	<b>Totale</b>
Si, ne sono certo	90,8	90,2	91,2	92,6	<b>91,4</b>
No, non lo è	9,2	9,8	8,8	7,4	<b>8,6</b>
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: indagine Censis

*Figura 5: Opinione degli italiani sulla figura dell’infermiere di famiglia e di comunità, per area geografica. Tratto da Indagine CENSIS-FNOPI 2020.*

**Fig. 3 – Motivazioni per cui secondo gli italiani l’infermiere di famiglia e di comunità sarebbe una buona soluzione per una sanità migliore (val. %)**



Fonte: indagine Censis

*Figura 6: Motivazioni per cui secondo gli italiani l’infermiere di famiglia e di comunità sarebbe una buona soluzione per una sanità migliore. Tratto da Indagine CENSIS-*

*FNOPI*

Dove è già attivo in Friuli Venezia Giulia ad esempio in un triennio sono diminuiti del 20% i codici bianchi in Pronto Soccorso, il numero di ricoveri impropri e del tasso di ospedalizzazione del 10% rispetto a dove è presente la normale assistenza domiciliare integrata. Secondo i dati illustrati dalla FNOPI all’audizione, l’Infermiere di Famiglia e Comunità evita ricoveri impropri, previene e diminuisce le complicanze, promuove auto cura e consapevolezza generando appropriatezza economica oltre clinica proprio partendo dall’educazione al singolo e alle comunità, armonizza i percorsi aumentando fiducia nel sistema e facendo diminuire i contenziosi, ma soprattutto risponde ai bisogni delle persone che dopo brevi esperienze di ospedalizzazione necessitano di lungo supporto assistenziale a volte coincidente con la vita stessa delle persone.

Infermiere di Famiglia e di Comunità è il fulcro del cambiamento futuro ed è ciò che tutti gli Italiani vorrebbero.

### **2.11 Regioni italiane e prime sperimentazioni**

Le prime sperimentazioni dell’infermiere di famiglia sono state attivate dalle Regioni: Piemonte, Friuli-Venezia Giulia, Emilia Romagna, Puglia, Toscana, Valle d’Aosta e

Lombardia. Dalle ricerche recenti si evidenzia comunque che le diverse sperimentazioni risentano di scelte locali che non sono basate su richieste ed esigenze territoriali, ma piuttosto si basano su filosofie delle direzioni aziendali.

### **2.11.1 Il caso del Friuli-Venezia-Giulia**

Trattatosi di un brillante esempio di medicina e assistenza d'iniziativa centrata non più sull'ospedale ma sui servizi territoriali più vicini alle esigenze e ai bisogni socio-sanitari della popolazione" che prevede l'introduzione della figura dell'Infermiere di Comunità come promotore della continuità assistenziale e dell'integrazione socio-sanitaria, in collaborazione con tutti i professionisti e gli operatori del territorio e come elemento chiave nella presa in carico dei pazienti dimessi dall'ospedale, in stretto rapporto con i medici di famiglia e con gli assistenti sociali dei Comuni, secondo una logica multiprofessionale.

Alla fine degli anni Novanta, per rispondere ai nuovi e complessi bisogni della popolazione, nell'Azienda Sanitaria allora denominata Azienda Sanitaria n.5 Bassa Friulana è stato necessario cambiare il modello assistenziale e passare da un paradigma incentrato sulla prestazione a quello delle cure integrate di comunità attraverso l'approccio "relazionale" che si basa sui principi delle "Community Care", dello "Human Caring" e della teoria "relazionale della società" che attengono alle più alte politiche del Welfare Comunitario.

In Friuli Venezia Giulia abbiamo due realtà: nell'Azienda Sanitaria 1/ Triestina ha istituito il progetto Microaree e l'Azienda n.2 Bassa Friulana-Isontina invece con l'infermiere di comunità, in questo caso si rivolge a tutta la popolazione, con delle differenze, nelle Microaree il ruolo infermieristico è rivolto alla valutazione del contesto di vita della persona, della famiglia, individuare diritti e bisogni non soddisfatti, definire le priorità di intervento.

Nella Bassa Friulana il ruolo infermieristico è basata sullo sviluppo del welfare comunitario, orientato a creare e favorire la promozione e il mantenimento dello stato di salute, ampliare il contatto tra servizi sanitari e cittadini, trovare nuove risposte alle esigenze di cura dei cittadini, con un approccio di promozione e rafforzamento all'autocura valorizzando le potenzialità del singolo e della famiglia. In questo paradigma l'infermiere esprime il suo agito professionale non solo nella prestazione, ma nella mobilitazione di risorse informali che hanno già ricevuto forme di welfare e che restituiscono al sistema nuove energie e potenzialità contribuendo allo sviluppo del cosiddetto welfare

generativo. In entrambe le realtà il ruolo infermieristico è fortemente orientato alla soluzione dei problemi e ad un intervento proattivo che si concretizzano con un ruolo di Conseller e Helper e di promotore del capitale sociale.

La regione FVG ha previsto la figura dell'infermiere di comunità nel Piano Sanitario e Socio Sanitario 2006-2008 (DGR 782/2006) e più recentemente nelle Leggi di Riforma Sanitaria FVG n. 27/2018 e n.22/2019.

### **2.11.2 Il caso del Piemonte e il progetto CoNSENSo**

Il Piemonte è una Regione apripista e leader per l'infermiere di famiglia e di comunità, tutto è partito con la sperimentazione del progetto europeo CoNSENSo (Community nurse supporting elderly in a changing society). Il progetto è stato co-finanziato dal Fondo europeo di Sviluppo regionale nell'ambito di un programma transnazionale di Cooperazione Territoriale Europea Interreg Spazio Alpino per il 2014- 2020, con l'obiettivo di rendere lo spazio alpino vivibile, sfruttando l'innovazione per aiutare le persone senior over 65 sane o malate a vivere autonomamente presso il proprio domicilio il più a lungo possibile. I principi cardine del modello sono il mantenimento o miglioramento delle capacità residue funzionali, dei processi di "self-care" e di favorire la creazione di un'unica rete sociale.

Al centro del progetto europeo c'è proprio l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, definito facilitatore all'interno della comunità, soggetto competente che fa da tutor ai cittadini. Questo modello è stato sperimentato in cinque regioni dell'Area Alpina: Piemonte, Provenza-Alpi-Costa Azzurra, Carinzia e Slovenia.

L'importo totale assegnato per la sperimentazione del progetto è di 1.744.540 euro (85% del totale delle spese ammontanti a 2.052.400 euro). La cifra copre quattro aspetti: la formazione specifica per gli infermieri, la sperimentazione di 18 mesi, con valutazione dei risultati e l'elaborazione di un piano per mantenere attivo il modello sperimentale anche dopo la fine del progetto.

Nei 18 mesi di sperimentazione, 31 IdFeC hanno preso in carico 4.878 anziani (in media 157 anziani per IdFeC) ed effettuato un totale di 10.526 visite domiciliari.

L'analisi comparativa ha mostrato in Piemonte un'emersione dei bisogni di salute, con un aumento di ricorso alle cure mediche da parte degli anziani presi in carico.

L'Accademia di Medicina ha sviluppato anche un'applicazione, che gli infermieri aderenti al progetto, possono utilizzare per aggiornare la lista degli assistiti, dei loro farmaci, delle visite e per raccogliere le interviste di apertura (circa 150 domande), il

piano di azione individuale e le interviste di chiusura, in modo da renderle analizzabili a sperimentazione conclusa. L'Accademia, che è un ente di formazione accreditato, ha messo a disposizione anche una piattaforma di e-learning per il supporto formativo di queste figure professionali e la condivisione di dubbi, tematiche comuni, casi specifici e problemi incontrati.

In Carinzia è stato stimato un risparmio di 688.709€ per mancato trasferimento di 80 anziani in casa di riposo, grazie alla presenza dell'IdFeC.

Il progetto europeo si è concluso finanziariamente a dicembre 2018, ma continua con risorse locali in Piemonte e Liguria. La presenza dell'IdFeC è stata accolta con grande favore da anziani e famiglie, che ne hanno immediatamente riconosciuto il valore, e dai Sindaci, che ne hanno personalmente patrocinato e assicurato il sostegno.

La regione Piemonte con la 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**, con voto unanime delibera ufficialmente:

- di riconoscere la valenza strategica dell'Infermiere di famiglia e comunità per potenziare l'offerta dei servizi territoriali e domiciliari al fine di:
- migliorare l'accesso ai servizi sanitari, con integrazione dei servizi assistenziali, sociali ed ospedalieri;
- promuovere sani stili di vita;
- riconoscere precocemente gli stati di fragilità prima che insorgano stati irreversibili di disabilità;
- gestire in modo integrato le condizioni di cronicità in collaborazione con i medici di medicina generali e gli altri professionisti;
- sviluppare l'educazione terapeutica per l'autogestione della malattia; - gestire appropriati strumenti di tele-assistenza.
- di riconoscere le sperimentazioni delle ASL AT, NO e VCO parallele al progetto CoNSENSo, in premessa indicate, che, seppure non coperte dal finanziamento progettuale, rappresentano un'estensione positiva del progetto europeo;
- di impegnare le ASL aderenti a rendicontare semestralmente le attività svolte con le modalità e le forme che verranno valutate dalla Direzione regionale Sanità;

- di promuovere interventi di gestione integrata e proattiva dei bisogni di salute delle comunità sul territorio regionale analoghi a quelli citati in premessa;
- di promuovere la formazione infermieristica specifica in collaborazione con le due università del territorio (Università degli Studi di Torino e Università degli Studi del Piemonte Orientale) attraverso il master di I livello “Infermieristica di Famiglia e di Comunità” e/o corsi di perfezionamento.

### **2.11.3 Il caso della Toscana e il “Chronic Care model”**

La Regione Toscana, dal 2010 vede la sanità d’iniziativa declinata attraverso il “Chronic Care Model”.

Nel 2009 nella regione fu attivato un progetto di riorganizzazione del sistema di Cure Primarie denominato “Sanità di Iniziativa”, il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012- 2015, ha previsto espressamente la necessità di sperimentare proposte progettuali innovative per lo sviluppo di specifici percorsi assistenziali, anche attraverso la diffusione di esperienze come l’Infermiere di Famiglia o di Comunità.

In Toscana, il progetto “Sanità d’iniziativa” rappresenta la strategia per fronteggiare le malattie croniche potenziando il sistema di cure primarie. L’elemento innovativo è rappresentato dalla sinergia tra medici di famiglia, infermieri dei servizi territoriali e altri professionisti sanitari, che lavorano fianco a fianco in team prendendo in carico gli utenti con malattie croniche. Le patologie considerate fino ad ora sono: diabete, scompenso cardiaco, ictus, BPCO.

Questi gruppi di lavoro, organizzati in moduli di 7-8 medici di famiglia e 2 infermieri per 10.000 assistiti, sono orientati dal “Chronic Care Model” un modello assistenziale che si rivolge ad un target di popolazione affetto da patologie cronico-degenerative, attraverso l’adozione di pratiche educative ed assistenziali proattive, in grado cioè di intercettare il bisogno di salute prima dell’insorgere della malattia o dell’aggravamento della stessa.

L’ECCM (Expanded Chronic Care Model) scelto dalla Regione Toscana ormai dal 2009 è un modello volto a promuovere strategie di assistenza, cura e prevenzione delle malattie croniche (specialmente quelle cardio-vascolari) verso individui, famiglie, gruppi sociali, intere popolazioni. Questa versione evoluta dell’ormai celebre Chronic Care Model, prevede sia interventi di comunità nell’ambito della promozione di stili di vita salutari, sia strategie per incrementare la fruibilità dei servizi sanitari e l’equità di accesso agli stessi.

Negli anni di sperimentazione del Chronic Care Model nell’ambito del Progetto “sanità d’iniziativa” l’attenzione si è focalizzata sui pazienti cronici di medio rischio con

un'organizzazione ed un approccio "disease focused care", per singole patologie e relativi PDTA (BPCO, scompenso di cuore, diabete tipo II, pregresso ictus) con una scarsa applicazione, per ora, dei due elementi di eccellenza caratteristici dell'ECCM rispetto al CCM: prevenzione e terminalità.

Le attività della medicina di iniziativa (prevenzione, screening, diagnosi precoce e follow-up) integrano le consuete attività cliniche e assistenziali e tendono a promuovere l'adozione di percorsi assistenziali, a potenziare il sistema informativo/informatico con maggiori investimenti nell'information technology, ad avviare piani di formazione e comunicazione, in forma integrata tra i diversi professionisti operanti nell'ambito delle cure primarie. Prioritario è il totale coinvolgimento dell'utente all'interno del progetto di cura: il cittadino è il principale attore all'interno del percorso assistenziale.

Gran parte delle attività previste all'interno del CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) vengono espletate dagli infermieri. Si tratta di abbandonare alcune mansioni, svolte fino ad ora in maniera routinaria (ad esempio l'esecuzione dei prelievi ematici ambulatoriali in regime di accesso diretto), per concentrarsi su altri tipi di prestazioni, alcune delle quali, prima svolte quasi esclusivamente dai medici (ad esempio lo screening pazienti, la valutazione del rischio, il controllo dell'aderenza alle terapie).

Occorre puntualizzare che l'attuale percorso formativo degli infermieri prevede, già a livello della laurea triennale, la preparazione necessaria a svolgere queste attività: nell'ambito del Processo di Nursing, nella fase di Accertamento, l'infermiere evidenzia determinati rischi del paziente attraverso opportune scale di valutazione (es. rischio di cadute, di malnutrizione, di sviluppare lesioni da pressione, ecc.), verifica la compliance rispetto ai trattamenti medici prescritti, rileva determinati stili di vita inadeguati, indaga l'attuale stato di salute, ecc.

Per quanto riguarda l'IdFeC, una recente Delibera della Giunta Regionale Toscana (DGRT n. 597 del 4 giugno 2018, e relativo Allegato A) ha istituito e displicato la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità. Nello specifico, il documento denominato **"Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale Infermiere di Famiglia e di Comunità"** indica il quadro di riferimento e definisce le caratteristiche del modello, le responsabilità, le funzioni, le competenze ed il relativo percorso formativo.

*"Si occuperà - spiegano dall'azienda sanitaria - di promozione della salute, monitoraggio degli assistiti, presa in carico dell'intero nucleo familiare spaziando dagli stili di vita alle cure". Il medico di medicina generale e il nuovo infermiere di famiglia opereranno in*

*stretta integrazione tra loro per dare risposta ai bisogni di salute delle persone più fragili e anziane, ai malati cronici e ai pazienti durante il fine vita".*

Tre sono i principali valori guida del'IdF: proattività, equità e multiprofessionalità.

La delibera definisce gli ambiti di esercizio professionale dell'IFC quali sono: il domicilio, l'ambulatorio, le strutture intermedie e residenziali e l'intera comunità.

Dieci le sue funzioni indicate nell'articolata delibera toscana di cui esempi sono:

- dovrà valutare lo stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita (adulta, infanzia, adolescenza), del contesto familiare e conoscere quelli di comunità;
- promuovere prevenzione e promozione della salute rivolte alla collettività;
- pianificare ed erogare interventi assistenziali personalizzati alla persona e alla famiglia, anche avvalendosi delle consulenze specifiche degli infermieri esperti (es. wound care, stomie e nutrizione artificiale domiciliare, ventilazione domiciliare, cure palliative ed altre);
- promuovere l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi;
- partecipare alla verifica e monitoraggio dei risultati di salute e partecipare ad iniziative di salute.

È prevista una fase pilota di durata annuale che sarà condotta in almeno due zone per azienda USL della Toscana, individuate a livello aziendale.

### **2.11.3.1 Indicatori di valutazione**

1. Area qualità del processo

#### **1.1 Formazione**

Indicatore: numero operatori formati/ totale operatori coinvolti nel modello assistenziale IFC nelle zone di avvio del modello assistenziale

Valore target: 90%

#### **2.1 Area integrazione**

2.1 Livello di integrazione

Indicatore: Numero casi condivisi e discussi con MMG/ Numero totale pazienti presi in carico IFC

Valore target: monitoraggio del dato 2018-2019 per individuazione del valore target

#### **3.1 Area di impatto**

3.1 Riconoscimento - prossimità IFC – assistito/famiglia

Indicatore: numero assistiti presi in carico che hanno individuato IFC/ totali assistiti della zona di avvio del modello



Valore target: 90%

### **3.2 Riduzione delle chiamate inappropriate al 118**

Indicatore: numero chiamate inappropriate al 118 da parte dei pazienti presi in carico durante l'orario di presenza dell'IFC /numero chiamate 118

Valore target % inferiore al corrispettivo tasso calcolato prima dell'implementazione del modello assistenziale IFC

La valutazione sarà fatta alla conclusione del percorso formativo - tempo 0 - e a 12 mesi dall'avvio della sperimentazione.

#### **2.11.4 La situazione della regione Marche**

La Regione Marche ha come esigenza prioritaria quella di spostare il fulcro dell'assistenza dall'ospedale al territorio e di passare ad una sanità d'iniziativa in cui i problemi della cronicità vengono intercettati prima che si manifestino le condizioni che determinano il ricorso all'ospedale o, peggio, alla istituzionalizzazione a livello residenziale. In questa evoluzione della assistenza un ruolo importante potrebbe essere svolto dall'Infermiere di Famiglia (o di comunità), una figura che gli atti della Regione Marche qua e là citano, ma che non ha ancora trovato una sua collocazione nella organizzazione sul campo dei servizi territoriali.

Dal 15 marzo 2018 nella regione Marche è attivo un Master universitario di I Livello in "Infermiere di Famiglia e di Comunità" presso l'Università Politecnica di Ancona. Il Master di I Livello in Infermiere di Famiglia e di Comunità sarà destinato ad infermieri laureati (Laurea triennale) e diplomati; il percorso darà la possibilità a molti professionisti di formarsi, crescere e acquisire le competenze necessarie per poter agire nei sistemi riorganizzativi che vedranno la creazione delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità.

Il PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2020/2022 si esprime chiaramente in merito alla figura dell'IdFeC definendo come obiettivo quello di favorire nell'ambito della "sanità di iniziativa" l'evoluzione e lo sviluppo di alcune funzioni già presenti nell'infermiere territoriale, favorendo una presa in carico globale della persona in ambito familiare e della salute della collettività, sviluppando un modello e percorsi che sostengano una forte integrazione con gli altri professionisti territoriali (MMG e PLS, Assistenti sociali del Distretto Sanitario e dell'Ambito Territoriale Sociale...).

Le azioni da avviare sono:

- Costituzione di una cabina di regia tecnica regionale “mista” sulla figura professionale dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità, composta da referenti del Servizio Sanità e dell'ARS della Regione e dai rappresentanti delle professionalità interessate e coinvolte, con funzioni di predisposizione linee di indirizzo, avvio e andamento fase pilota, attivazione del percorso formativo regionale, monitoraggio (integrazione organizzativa);
- Predisposizione e approvazione di un documento con le “Linee di indirizzo per l’Infermiere di Famiglia e di Comunità” nel quale siano indicati, motivazioni e riferimenti concettuali della figura assistenziale, la definizione di: caratteristiche professionali, responsabilità, funzioni, competenze e relativo percorso formativo (integrazione organizzativa);
- Predisposizione ed avvio, ancorché in prima sperimentazione, di un percorso formativo destinato agli operatori coinvolti (qualificazione scientifica e professionale);
- Avvio di una fase sperimentale dell’Infermiere di famiglia e di Comunità in alcuni territori della regione Marche, con priorità da dare alle Aree Interne; la sperimentazione deve essere adeguatamente monitorata identificando i necessari criteri di valutazione rispetto a adeguatezza, sostenibilità e progressività per l’implementazione a regime (partecipazione, responsabilità, trasparenza

Target (risultato atteso) da raggiungere:

- Approvazione delle “Linee di indirizzo per l’Infermiere di Famiglia e di Comunità”
- Sperimentazione in almeno 3 Distretti Sanitari della figura dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità

Inoltre una recente Delibera della giunta regionale n.1266 del 05 agosto 2020 definisce le Linee di indirizzo per la redazione del piano di potenziamento e di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale della Regione Marche in attuazione dell’art.1 **“Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale” del Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito dalla legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77.**

Infermiere di Famiglia e di Comunità al comma 5 è così introdotto:

*“La presenza forte dell’infermieristica di famiglia e comunità, che lavori accanto alla medicina generale e ai servizi assistenziali distrettuali, rappresenta una innovazione organizzativa di enorme rilievo che caratterizzerà la fase 2, e che garantirà una migliore*

*e più qualificata offerta assistenziale. L'ASUR, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, può utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, in numero non superiore a 8 unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, l'ASUR potrà procedere al reclutamento di infermieri in numero pari a 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato. Gli Infermieri di comunità che possono essere assunti ammontano a circa 232 unità, da ripartire nei 13 Distretti in relazione alla popolazione residente.”*

### **CAPITOLO 3: PROGETTO EDUCATIVO: IPOTESI DI MODELLO DI APPLICAZIONE DELL'IDFeC COME EDUCATORE SANITARIO NELLE SCUOLE.**

#### **3.1 PREMESSA**

Il profilo professionale dell'infermiere D.M. 739/94 definisce la responsabilità da parte del professionista infermiere sull'assistenza generale che è di tipo preventivo, curativo e palliativo e di natura tecnica, relazionale ed educativa.

Il Codice Deontologico del 2019 nell'art.7 esplicita che *“L'infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.”*

La Position Statement sull'Infermiere di Famiglia e di Comunità, pubblicata recentemente dalla FNOPI enfatizza tematica quali proattività, empowerment, educazione e promozione della salute, come caratteristiche proprie dell'IdFeC.

L'IdFeC è un professionista che lavora in modo proattivo, si attiva con interventi di promozione di modelli di prossimità e di proattività anticipatori del bisogno di salute rivolti a tutta la popolazione, malata o sana intercettando autonomamente i principali bisogni dei suoi assistiti di cui conosce le principali problematiche di salute.

L'IdFeC effettua prevenzione primaria, secondaria e terziaria; conosce i fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, la relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica; stende piani assistenziali infermieristici, individuali e quesiti di ricerca infermieristica.

Monitora inoltre l'aderenza terapeutica, l'empowerment, valuta i sistemi di telemonitoraggio, attiva consulenze infermieristiche, si occupa della formazione dei caregiver e delle persone di riferimento.

Soprattutto collabora a strategie assistenziali di continuità ospedale territorio, definisce e contribuisce a protocolli, procedure, percorsi e progetta e attua gruppi di auto mutuo aiuto.

La pandemia Covid-19 ha sensibilizzato notevolmente sia la cittadinanza sia le istituzioni all'importanza dell'infermieristica nella gestione dell'emergenza assistenziale, ma non solo: al ruolo più ampio di educatore alla salute e alle buone pratiche, soprattutto.

Le stesse Regioni hanno anche sottolineato che dell'IdFeC c'è bisogno in fretta per l'urgenza determinata dal fenomeno epidemico da SARS-CoV-2 e per le "potenzialità determinate dall'introduzione di tale professionista sanitario per il potenziamento delle cure primarie", è un punto di riferimento, secondo le Regioni, per tutta la popolazione come ad esempio: per soggetti anziani, per pazienti cronici, per istituti scolastici ed educativi che seguono bambini e adolescenti, per le strutture residenziali non autosufficienti, ecc.... con particolare attenzione alle fragilità per cui secondo le Regioni è opportuno concentrare il focus dell'IF/C su tale target identificato attraverso l'analisi dei dati epidemiologici e sociodemografici.

Attualmente, il suo intervento può essere orientato alla gestione di un target di popolazione specifica, ad es. per il tracciamento e monitoraggio dei casi di COVID-19 coadiuvando le USCA, in collaborazione con medici di medicina generale e Igiene Pubblica, nelle campagne vaccinali ma anche come figura di riferimento per le scuole.

Da più parti negli ultimi mesi sono arrivate sollecitazioni alla valorizzazione e all'inserimento della figura dell'infermiere all'interno di contesti che al di fuori dell'Italia sono tutt'altro che innovativi: ad esempio la scuola.

### **3.2 Destinatari**

Il progetto è ipotizzato per essere sperimentato a studenti delle classi primarie con un'età dai 6 agli 8 anni.

### **3.3 Problema**

Attualmente nel contesto della pandemia da Covid-19 la scuola è il luogo che presenta maggiori criticità e per questo motivo è fondamentale implementare l'introduzione di un personale sanitario adeguatamente formato che possa effettuare educazione sanitaria, supervisionare i comportamenti degli alunni, riconoscere e tracciare tempestivamente casi di Covid-19 coadiuvando il suo lavoro con le USCA, con i MMG, i Pediatri di libera scelta e altri operatori sociali e sanitari che operano nel settore.

La Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) propone la presenza di un infermiere in ogni plesso scolastico, con lo scopo di verificare la corretta applicazione delle misure anti-Covid, ma anche monitorare la salute degli alunni e del personale scolastico. *"È una figura che c'è già, ed è l'infermiere di famiglia e comunità"*.

Barbara Mangiacavalli (Presidente della FNOPI) si sofferma sull'importanza di inserire un professionista sanitario nella scuola allo scopo di: *"garantire il rispetto dei diritti di tutela alla salute e diritto allo studio"*, ha aggiunto, *"trasmette una maggiore sicurezza ai genitori che vedono preso in carico globalmente il proprio figlio e si riduce l'assenteismo dovuto alla somministrazione delle terapie"*.

Secondo l'American Academy of Pediatrics aggiunge, *"gli infermieri scolastici moderni, valutano i problemi di salute, assistono gli studenti con speciali esigenze di assistenza sanitaria, partecipano alla gestione delle emergenze e delle situazioni urgenti, gestiscono lo screening sanitario, l'immunizzazione e la segnalazione di malattie infettive, identificano e gestiscono i bisogni di assistenza sanitaria cronica"*.

### **3.4 Scopo generale**

Questo progetto educativo ha come scopo quello di proporre un modello di applicazione pratica per l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, come professionista sanitario, che in possesso di conoscenze specifiche in educazione sanitaria, possa diventare un punto di riferimento nel contesto scolastico.

In particolar modo vuole intervenire con attività orientate alla prevenzione, all'educazione alle buone pratiche in tema di salute ed igiene, sensibilizzando comportamenti ed atteggiamenti corretti che gli alunni dovranno adottare a scuola in linea con l'emergenza sanitaria da Covid-19.

### **3.5 Obiettivi specifici**

Il progetto prevede un percorso di lezioni di un'ora circa, per ciascun gruppo classe della durata di 6 settimane avente come finalità:

- Fornire o aumentare le conoscenze in merito alla pandemia da Covid-19
- Fornire informazioni di tipo medico-sanitario agli studenti su tematiche di prevenzione ed igiene sanitaria quali ad esempio: mantenimento delle distanze di sicurezza, corretto utilizzo della mascherina, corretta esecuzione del lavaggio sociale delle mani, corretta manipolazione degli oggetti personali, raccomandazioni da seguire durante il pasto e durante le attività ludiche.
- Eliminare o ridurre i comportamenti a rischio
- Creare un contesto favorevole perché gli studenti possano discutere i loro dubbi, perplessità attraverso una metodologia di attivazione diretta e offrendo spazi di confronto e di riflessione tra coetanei e con adulti esperti.

### **3.6 Modello di intervento/ attività**

Le ricerche di questi ultimi decenni hanno mostrato come, proprio con il gioco, in particolare il gioco simbolico, il bambino possa maturare competenze cognitive, affettive e sociali. Jean Piaget sostiene che l'attività ludica orienta verso uno sviluppo completo. A suo avviso il gioco infantile va interpretato come un addestramento al futuro, alle attività contemplate dalla vita adulta.

Il Pedagogista Dewey sostiene invece la filosofia del "*learning by doing*" secondo la quale la conoscenza si ottiene non con la semplice ricezione passiva di nozioni, ma attraverso una elaborazione attiva delle idee, e quindi del totale coinvolgimento del bambino nel processo di apprendimento.

Tutto ciò fa comprendere come la possibilità di servirsi del gioco sia un efficace mezzo per una corretta educazione alla salute. Inoltre attraverso il gioco si renderebbe possibile l'acquisizione delle lifeskills e dell'empowerment individuale, cioè di tutte quelle capacità necessarie per "sentire di essere in grado di fare".

Ai fini di una corretta educazione, la comunicazione tra infermiere e studenti è fondamentale. Fare delle domande e promuovere il confronto permette a chi deve imparare, di ascoltare l'opinione e la prospettiva degli altri che magari non avevano considerato: l'apprendimento, infatti, risulta più efficace rispetto a quando viene solo richiesto di ascoltare passivamente. È importante tener conto delle conoscenze già possedute degli studenti per evitare di insegnare cose già conosciute o viceversa di parlare

ad un livello troppo complesso e non facilmente comprensibile tanto da indurre a conoscenze confuse.

Alla luce degli obiettivi e degli scopi da raggiungere la progettazione educativa può essere espletata attraverso la strutturazione di una serie di attività e procedure articolate nel seguente modo:

- FASE 1, DI PRESENTAZIONE, SETTIMANA 1 (durata dell'incontro 1 h)

In questa fase avviene la presentazione dell'operatore sanitario e dei componenti del gruppo classe. Il nucleo centrale dell'intervento dell'Infermiere di Famiglia sta nel rapporto di fiducia che egli cerca immediatamente di stabilire con gli studenti affinché questi colgano la disponibilità e la competenza che viene loro offerta. Si possono somministrare dei questionari strutturati o anche effettuare delle interviste allo scopo di indagare le conoscenze a monte e le carenze in merito all'argomento.

- FASE 2, INFORMATIVA, SETTIMANA 2-3 (durata degli incontri 1h ciascuno)

In questa fase l'IdFeC effettua una didattica interattiva con supporto di tracce video, canzoni, favole, fumetti in cui si illustrano simboli, lettere e immagini colorate che narrano le vicende del "*Sig. Coronavirus*" il mostro cattivo pronto ad impadronirsi dei bambini della classe. In questa fase emergono le prime sensazioni ed emozioni dei bambini quali ad esempio stupore, timore, paura, tristezza, che l'operatore dovrà saper rilevare attraverso l'osservazione diretta.

- FASE 3, OPERATIVA, SETTIMANA 4-5 (durata degli incontri 1h ciascuno)

In questa fase l'operatore sanitario propone delle attività didattiche interattive in cui il bambino è costruttore e attivatore del proprio sapere, diventa quindi il protagonista della sua conoscenza.

Si possono proporre le seguenti attività:

- **Attività laboratoriali:** l'insegnante decide di affrontare un particolare tema, si divide la classe in coppie o piccoli gruppi eterogenei e si propone ad ogni gruppo un'attività da svolgere che potrebbe essere, la pittura, la lettura di favole e fumetti, l'ascolto di storie.

Il lavoro a coppie e in piccoli gruppi strutturato e/o con modalità cooperative ha lo scopo di favorire processi di insegnamento/apprendimento tra pari, e l'acquisizione di competenze relazionali e la capacità di lavorare in gruppo.

- **Role Play**, detto anche gioco di ruolo, una tecnica didattica in cui si vanno a simulare i comportamenti adeguati che dovranno poi essere adottati nella vita reale.

Si dovranno articolare le attività in 3 fasi:

- La FASE 1 detta “Briefing”: è il momento in cui l’operatore spiega, nel modo più chiaro possibile, cosa gli allievi dovranno fare e perché.
- La FASE 2 detta “dell’azione”: è il momento fulcro del Role Playing, quello emotivamente più coinvolgente per lo studente, quello in cui l’operatore dovrà lasciare il centro della scena esclusivamente agli allievi e alle loro performance. Qui i bambini sono chiamati ad immedesimarsi/impersonarsi nei diversi ruoli assegnati ed ipotizzare delle soluzioni per fronteggiare il problema. I protagonisti del Role Playing dovranno infatti collocarsi nel punto dell’aula che solitamente è il docente ad occupare, in modo tale da poter essere facilmente osservati da tutti gli altri partecipanti, mentre il docente dovrà sedersi insieme agli allievi che assisteranno alla simulazione: è importante che il docente abbia con sé un taccuino su cui appuntare le sue valutazioni che poi comunicherà in fase di Debriefing.
- La FASE 3 detta di “Debriefing”: è il momento in cui si esce dalle parti e si effettuano le valutazioni e le conclusioni. Qui l’operatore dovrà innanzitutto aiutare lo studente protagonista del Role Playing a riflettere sulla sua “performance”, attraverso una libera descrizione di impressioni e sensazioni soggettive rispetto a ciò che è stato fatto durante la simulazione appena conclusa. Dopo la conclusione dell’autovalutazione dello studente, l’operatore andrà a stimolare la partecipazione del gruppo dei discenti-osservatori attraverso una serie di domande. E infine nell’ultima fase l’operatore andrà a comunicare ciò che, durante lo svolgimento della simulazione, aveva appuntato, ovvero riflessioni sui punti forti e sui punti da migliorare osservati.
- FASE 4, DI VALUTAZIONE, SETTIMANA 6 (durata degli incontri 1h)  
In questa fase, l’IdFeC dovrà effettuare un follow-up circa le nozioni apprese dagli studenti e il livello di gradimento delle lezioni proposte. Ci si può servire di strumenti di valutazione quali questionari, griglie, interviste ecc.

### **3.7 Mezzi e risorse**

I mezzi e le risorse richieste per poter effettuare lezioni didattiche di questo tipo sono:

- Aule di laboratorio spaziose, oppure giardini e spazi all’aperto in cui ci sia la possibilità a mantenere il distanziamento interpersonale.



- Supporti elettronici come ad esempio lavagne digitali e computer
- Tracce audio, video tutorial, favole, fumetti, cartoncini colorati, colori ecc.
- Oggetti rappresentativi dell'argomento quali: mascherine, sapone, igienizzanti per frizione alcolica delle mani.

### **3.8 Valutazione**

Al termine di ogni attività, saranno effettuate da parte dell'operatore sanitario delle rilevazioni e follow-up circa:

- accertamento sulla efficace trasmissione dei contenuti proposti
- osservazione sull'interesse e sulla partecipazione degli studenti
- raggiungimento degli obiettivi valutabili precedentemente fissati
- gradimento del progetto e delle modalità di svolgimento

Le attività di valutazione che l'IdFeC dovrà intraprendere comprendono sia l'osservazione diretta, sia la somministrazione di questionari a risposta multipla, in cui ci si accerta che le varie attività vengono svolte correttamente e in linea con gli obiettivi prefissati ovvero:

- a) lo studente sa ascoltare e comprendere le informazioni fornite?
- b) Lo studente sa porre domande pertinenti in merito all'argomento?
- c) Lo studente è in grado di rielaborare e raccontare al gruppo classe quanto ha appreso utilizzando un lessico appropriato?
- d) Lo studente esegue correttamente le attività proposte e sa riproporle nel tempo?



Figura 7: I consigli di Mio Mia e Meo, IL CORONAVIRUS. Tratto

<http://www.miomiaemeo.it/coronavirus/>



Figura 8: 7 regole da seguire a scuola. Tratto da Pinterest

## Ti conosco *Mascherina!*



Figura 9: Filastrocca, Ti conosco Mascherina. Tratto da <https://www.patrizianencinidee.com/filastrocca-acqua-e-sapone>

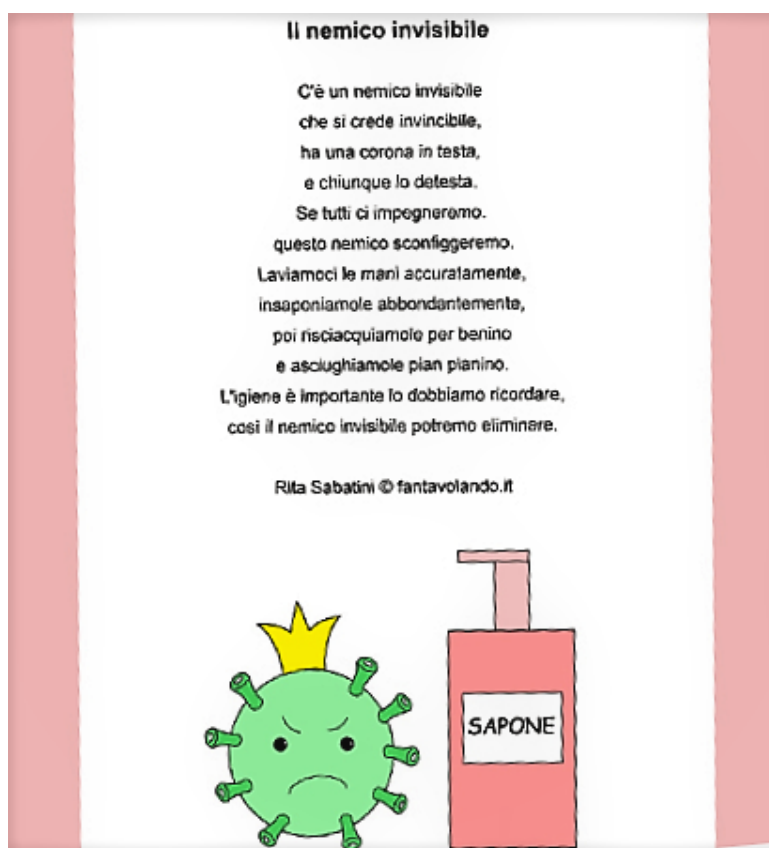


Figura 10: Filastrocca, Il nemico invisibile. Tratto da [www.fantavolando.it](http://www.fantavolando.it)

## CONCLUSIONI

L'introduzione della figura professionale dell'Infermiere di Famiglia, può diventare il perno dell'assistenza sanitaria di base, in quanto risponde ai bisogni sociali pur in un contesto di risorse scarse; anzi, proprio in tale contesto, l'infermiere di famiglia costituisce una vera e propria "risorsa" che riesce a coniugare il processo di professionalizzazione della categoria, con le nuove, mutate e mutevoli richieste dei cittadini. Nel processo di riorganizzazione del sistema sanitario nazionale, l'introduzione dell'infermiere di famiglia deve costituire una soluzione efficace per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione socio-sanitaria.

Appare possibile affermare che anche nelle Regioni in cui le sperimentazioni sono consolidate rimane un senso di missione incompiuta, deve ancora avvenire la piena legittimazione contrattuale e il riconoscimento dell'infermiere di famiglia. Un percorso ad ostacoli, in continuo cambiamento, non univoco, con diverse sfaccettature e mille incertezze.

Le Linee Guida internazionali per l'infermieristica di famiglia ci sono e stanno sviluppandosi da oltre 20 anni. L'Italia ora sta costruendo le proprie, insieme ad una nuova cultura, che si profila meno centrata sulla figura medica e maggiormente distribuita verso tutte le competenze professionali esistenti in sanità. L'Infermiere e il medico sono un'unione necessaria che gli scenari impongono e a cui chiedono di trovare nuove interazioni e collaborazioni al fine di portare a segno la missione fondamentale e comune quale la Salute delle persone.

Si fatica ancora tanto a vedere diffusa e concretamente vissuta la figura dell'Infermiere di famiglia nonostante sia ormai da considerare imprescindibile nell'attuale sistema sanitario, per superare la transizione epidemiologica in atto, la riduzione della spesa sanitaria e soprattutto per fronteggiare l'epidemia da Covid-19.

Questa figura deve costituire un punto fermo delle cure e dell'assistenza socio-sanitaria integrata, deve acquisire potere e spazio quale anello di congiunzione tra cittadino e SSN. È nel territorio che l'infermiere ha la possibilità di applicare la propria professionalità con responsabilità, crescita professionale e autonomia e può dimostrare le sue migliori competenze ed abilità.

Noi infermieri dobbiamo dare risposte al cambiamento dei bisogni assistenziali, sia come lavoratori dipendenti nel soddisfare le attese previste dall'OMS, sia con altre forme di contrattualizzazione del lavoro, con le quali potersi organizzare professionalmente, agire in libera professione, al fine di proporre dei servizi ad un'utenza che ha sempre più bisogno di soluzioni alternative a quelle offerte abitualmente.

## BIBLIOGRAFIA

- ◆ Barbara Mangiacavalli, FNOPI, Rivista L'Infermiere N° 2 (2019) *“Il futuro dell'assistenza sul territorio è l'infermiere di famiglia e comunità: le regioni confermano”*.
- ◆ Barbara Mangiacavalli, FNOPI, Rivista L'Infermiere N°3 (2020) *“Nasce l'infermiere di famiglia/comunità: ecco chi è e cosa farà”*.
- ◆ FNOPI (2019) Codice deontologico delle professioni infermieristiche. Roma.
- ◆ FNOPI, (2020) *“POSITION STATEMENT L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ”* Roma.

- ◆ FNOPI. Rivista L'Infermiere N°3 (2016). *“L'infermiere di famiglia e di comunità: la formazione di questa nuova figura presso l'Università di Torino e l'Università del Piemonte Orientale.”* (UPO).
- ◆ Glenda Campolunghi, FNOPI, Rivista L'Infermiere N°2 (2019), *“Educare alla Prevenzione: il ruolo dell'infermiere di Famiglia.”*
- ◆ ISTAT. 2019-2020. Annuario statistico italiano
- ◆ ISTAT. 2020. Indicatori demografici.
- ◆ Laverack G. Salute pubblica (2018), *“Potere, empowerment e pratica professionale”*. Il pensiero Scientifico Editore; p. 212
- ◆ Lucia Galluzzo, Claudia Gandin, Silvia Ghirini ed Emanuele Scafato (2012) *“L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?”* Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- ◆ Marmot M., Allen J.J., (2014), *“Social determinants of Health Equity”* in American in Journal of Public Health, American Public Health Association Inc, p. S517–9.
- ◆ Mislej M. (2017), *“L'infermiere di comunità. Salute e Territorio”*, 212:50–3.
- ◆ Ministero della Salute (2016), Piano Nazionale Cronicità, Roma
- ◆ O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid D, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, et al. (2013) *“Community engagement to reduce in equalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis”*. Public Heal Res.;1(4):1–526.
- ◆ Obbia P., Palummeri E., Maggio M., Nigro F., Polli F. (2018), *“Le sinergie tra i progetti Co.N.S.E.N.So e SUNFRAIL per la prevenzione della fragilità nell'anziano e il sostegno all'autonomia e alla vita a domicilio”*. Dati preliminari dall'Alta Val Trebbia, in Rivista AGE, Volume XIII, Numero 1, Marzo.
- ◆ OECD/EU. (2018), Health at a Glance: Europe: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing;
- ◆ Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane (2019), *“Rapporto Osservasalute”*
- ◆ Pellizzari M. (2008), *“L'infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi.”* Mc Graw Hill, pp 89-123.
- ◆ Ricerca CENSIS-FNOPI, 5 luglio (2020) *“Dagli infermieri le buone soluzioni per la sanità del prossimo futuro”*. Roma.

- ◆ Rocco G., Marcadelli S., Stievano A., Cipolla C., (2017), *“Infermiere di Famiglia e di Comunità. Proposte di policy per un nuovo welfare”*, Milano, Ed. Franco Angeli.
- ◆ Salvage J (1993), *“Nursing in Action”*, ufficio regionale Organizzazione Mondiale della Sanità per l’Europa, Copenagen.
- ◆ Sasso L, Gamberoni L, Ferraresi AM, Tibaldi (2005) *“L’infermiere di famiglia. Scenari assistenziali e orientamenti futuri”*. McGraw-Hill Editore, Milano.
- ◆ South J, Bagnall A-M, Stansfield JA, Southby KJ, Mehta P. (2019), *“An evidence-based framework on community-centred approaches for health: England, UK. Health Promot Int”*. 34(2): 356–66.
- ◆ State of Health in the EU Italia, (2019), Profilo della Sanità.
- ◆ Wallerstein N, Duran B, Oetzel JG, Minkler M. Community-Based Participatory, (2017) *“Research for Health: Advancing Social and Health Equity”*. 3rd ed. Wiley; 480 p.
- ◆ Wallerstein N, Mendes R, Minkler M, Akerman M. Reclaiming (2011), *“Reclaiming the social in community movements: perspectives from the USA and Brazil/South America: 25 years after Ottawa”*. Health Promot Int.; 26 Suppl. 2: ii226-36
- ◆ WHO, (1948), Constitution of World Health Organization, Geneve.
- ◆ WHO, (1978) Dichiarazione di Alma Ata, Alma Ata, Ex Unione Sovietica
- ◆ WHO, (1986), The Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa.
- ◆ WHO, (1998) Health 21. La salute per tutti nel 21° secolo, Geneve
- ◆ WHO, (2000), *“The family Health Nurse. Context, conceptual framework and curriculum”*, Health Documentation Services WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

## SITOGRAFIA

<[https://www.partecipasalute.it/cms\\_2/node/1766](https://www.partecipasalute.it/cms_2/node/1766)> visitato in data 15/9/20

<[https://www.unife.it/medicina/ls.riabilitazione/studia\\_e/bmse-lez-1.pd](https://www.unife.it/medicina/ls.riabilitazione/studia_e/bmse-lez-1.pd)> visitato in data 20/9/20

<<https://www.diritto.it/articolo-32-della-costituzione-diritto-o-dovere-alla-salute/>> visitato in data 21/9/20

<<http://www.aifec.it/>> visitato in data 24/9/20

<<https://www.enhance-fcn.eu/>> visitato in data 25/9/20

<<https://www.nursetimes.org/infermiere-di-famiglia-questo-sconosciuto-vediamo-cosa-ce-dietro-il-family-nursing-1-parte/16139>> visitato in data 28/9/20

<<https://www.nursetimes.org/linfermiere-di-famiglia-un-modello-evolutivo-di-assistenza-sul-territorio/75859>> visitato in data 30/9/20

<Ministero della Salute “Tavolo tecnico scientifico della professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute” insediato dal Sottosegretario di Stato alla Salute, Vito De Filippo

<[https://www.infermieristicamente.it/media/documento\\_finale\\_.pdf](https://www.infermieristicamente.it/media/documento_finale_.pdf)> visitato in data 2/10/20

<DM 739/94, DM 42/99, DM 251/200, DL 158/2012, Decreto Rilancio n.34 del 19 maggio 2020, disponibili a: [www.gazzettaufficiale.it](http://www.gazzettaufficiale.it)> visitato in data 5/10/20

<<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/990421.htm> > visitato in data 7/10/20

<<https://www.fnopi.it/aree-tematiche/patto-per-la-salute-2019-2021/>> visitato in data 8/10/20

<<http://www.regioni.it/newsletter/n-3750/del-07-01-2020/patto-per-la-salute-2019-2021-il-testo-20616/>> visitato in data 9/10/20

<<https://www.fnopi.it/aree-tematiche/infermiere-di-famiglia-comunita-position-fnopi-e-documento-regioni/>> visitato in data 12/10/20

<<https://www.nursetimes.org/linfermiere-famiglia-possibili-scenari-applicativi/30780>> visitato in data 13/10/20

<<https://www.nurse24.it/infermiere/professione/infermiere-di-famiglia-e-comunita-position-statement-fnopi-regioni.html> > visitato in data 15/10/20



<<https://www.nurse24.it/infermiere/lavorare-come-infermiere/di-famiglia-garanzia-presenza-in-cura-paziente.html>> visitato in data 16/10/20

<<https://www.disuguaglianzedisalute.it/linfermiere-di-comunita-un-elemento-strategico-del-welfare-comunitario-generativo/>> visitato in data 19/10/20

<<https://welforum.it/ecco-chi-e-linfermiere-di-famiglia-comunita/>> visitato in data 20/10/20

<L'infermiere di famiglia. Una soluzione per la cronicità?

[http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=68876](http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=68876)> visitato in data 21/10/20

<[https://www.researchgate.net/publication/277719067\\_L%27infermiere\\_di\\_famiglia\\_comunita\\_figura\\_responsabile\\_della\\_presa\\_in\\_carico](https://www.researchgate.net/publication/277719067_L%27infermiere_di_famiglia_comunita_figura_responsabile_della_presa_in_carico)> visitato in data 22/10/20

<<https://www.fnopi.it/2020/04/27/covid19-assistenza-territorio-infermiere-famiglia-e-comunita/>> visitato in data 23/10/20

<<https://www.nursetimes.org/gli-infermieri-di-famiglia-supporteranno-la-gestione-dellemergenza-covid-19/102988>> visitato in data 26/10/20

<<https://www.disuguaglianzedisalute.it/progetto-spazio-alpino-consenso/>> visitato in data 27/10/20

<<http://www.informareunh.it/toscana-arriva-linfermiere-di-famiglia-e-di-comunita/>> visitato in data 28/10/20

<Deliberazione della Giunta Regionale 12 giugno 2017 n. 32-5173, disponibile all'indirizzo: [www.regione.piemonte.it](http://www.regione.piemonte.it)> visitato in data 29/10/20

<Delibera 597 del 4-6-2018 Regione Toscana: "Indirizzi sullo sviluppo del modello assistenziale Infermiere di famiglia e di Comunità" disponibile all'indirizzo: <http://www.informareunh.it/wp-content/uploads/DGRT-597-20180604-InfermiereDiFamiglia-AllegatoA.pdf>> visitato in data 30/10/20

<Piano Socio-Sanitario Regionale 2020 – 2022 della Regione Marche disponibile a: [https://www.regione.marche.it/portals/3/Aree\\_attivita/Altre\\_attivita/PSSR%20Del\\_AmA107\\_2020.pdf](https://www.regione.marche.it/portals/3/Aree_attivita/Altre_attivita/PSSR%20Del_AmA107_2020.pdf)> visitato in data 1/11/20

<Delibera della giunta regionale n.1266 del 5 agosto 2020 disponibile all'indirizzo:  
[http://www.grusol.it/informazioni/13-08-20\\_1.PDF](http://www.grusol.it/informazioni/13-08-20_1.PDF)> visitato in data 2/11/20

<<https://www.fnopi.it/2020/08/30/infermiere-scolastico-oms-riapertura-scuole/>> visitato  
in data 4/11/20

<<https://www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/bologna-progetto-inserimento-infermiere-di-comunita-scolastica.html>> visitato in data 6/11/20

## **Ringraziamenti**

*Seduta qui, sulla mia scrivania, occupata negli ultimi sviluppi della tesi, ancora non mi rendo conto di essere alla fine di questo percorso che ha coinvolto tutta me stessa in questi ultimi tre anni.*

*Guardando indietro mi rendo conto come tanti fattori hanno influito al cambiamento della mia vita: non avrei mai immaginato di riuscire a realizzare da sola tutto questo, ricordo ancora le forti emozioni che mi travolsero i primi giorni di tirocinio: paura, insicurezza, timidezza, gioia e tanta voglia di imparare e conoscere sempre di più.*

*Andando avanti con gli anni, le insidie e le difficoltà non sono certo mancate, le ricordo tutte, impresse qui davanti a me, mi promettevo ogni volta di non mollare, di mettercela tutta, di dimostrare a me stessa che niente e nessuno poteva fermarmi. Ogni conquista era un piccolo trofeo che conservavo e mi guidava nei momenti di sconforto, ed ogni fallimento era un modo per migliorare me stessa, per crescere ed arrivare alla consapevolezza che ho oggi. Se dovessi tornare indietro, altro non sceglierei che questo percorso di studi, perché nonostante le innumerevoli difficoltà che ho incontrato, le emozioni che ho provato sono state troppi forti.*

*Grazie alle infermiere, medici e tutti i professionisti che hanno contribuito alla mia formazione.*

*Grazie alla mia Relatrice e Correlatrice la Dott.ssa Tiziana Traini, e la Dott.ssa Marinella Tommasi che hanno appoggiato ogni mia richiesta con grande professionalità, che mi hanno guidato con sapienza nella stesura della tesi e a cui ripongo grande stima e affetto.*

*Il mio pensiero, ovviamente, va anche ai miei genitori e alla mia famiglia, alla quale dedico questo lavoro, senza il vostro aiuto tutto questo non sarebbe stato possibile.*

*Grazie a mia Mamma che con la sua grinta e tenacia mi ha sempre spronata ad essere una persona migliore, più determinata, più sicura di me stessa. Grazie per esserci stata sempre, solo io e te sappiamo ciò che abbiamo passato insieme.*

*Grazie a mio Padre, che nonostante le difficoltà che ha incontrato in questi ultimi mesi, oggi è qui a festeggiare questo piccolo ma grande traguardo, spero di averti reso felice ed orgoglioso di me in questo giorno speciale.*

*Grazie a mia sorella Sarah, mia grande compagna di vita, che mi sostiene, mi incoraggia e aiuta in ogni momento, non saprei cosa fare senza la tua presenza. Grazie ancora.*

*Grazie a mia Nonna che con tanto amore ed affetto cerca sempre di essermi vicina, sei davvero speciale e io non posso che essere fortunata ad averti nella mia vita. Grazie anche ai miei zii, zie, cugini.*

*Grazie alle mie amiche, che seppur lontane sono sempre nel mio cuore. Spero tanto di poterle riabbracciare presto e festeggiare con loro questo traguardo.*

*Ed infine, non per meno importanza, voglio dire grazie a Francesco che nonostante è da poco nella mia vita, è riuscito in questi ultimi mesi, ad accogliere con pazienza ogni mio stato d'animo, confortandomi nei momenti di debolezza e ricordandomi di essere sempre fiera orgogliosa delle mie capacità. Spero di continuare a condividere con te altri traguardi.*

*Grazie a tutti...*

*Barbara*

## ***SONO SOLO UN INFERMIERE***

*Sono "solo un INFERMIERE". Faccio solo la differenza tra la vita e la morte.*

*Sono "solo un INFERMIERE". Faccio solo la differenza fra la guarigione, l'adattamento o la disperazione.*

*Sono "solo un INFERMIERE". Sono solo un ricercatore infermieristico che aiuta gli infermieri e i medici a dare cure migliori, più sicure ed efficace.*

*Sono "solo un INFERMIERE". Sono solo un professore d'infermieristica o un formatore che educa future generazioni di infermieri.*

*Sono "solo un INFERMIERE". Lavoro in un ospedale universitario dove dirigo e controllo pazienti coinvolti nelle più avanzate ricerche scientifiche.*

*Sono "solo un INFERMIERE". Educo solo i pazienti e i loro cari su come mantenere la propria salute.*

*Sono "solo un INFERMIERE". Faccio solo la differenza fra stare nella propria casa e finire all'ospizio.*

*Sono "solo un INFERMIERE". Faccio solo la differenza fra il morire fra terribili sofferenze e morire con dignità.*

*Sono "solo un INFERMIERE". Sono solo essenziale per la prima linea nell'assistenza ai pazienti.*

*No vorresti essere anche tu "solo un INFERMIERE"?*

*(Suzanne Gordon)*