



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

LINEE DI INDIRIZZO
INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tel. 06-42749700

e-mail: info@agenas.it

www.agenas.gov.it



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Indice

Glossario	2
1. Premessa	4
2. Esperienze di attivazione degli IFoC	6
3. Elementi di contesto	7
4. Definizione	8
5. Popolazione target	9
6. I livelli dell'intervento	9
7. Le competenze core	11
8. Modello Organizzativo	13
9. Standard di personale	14
10. Formazione	14
11. Criteri di reclutamento e di allocazione	15
12. Strumenti di monitoraggio	15
Riferimenti bibliografici	17
ALLEGATO 1 – Percorso formativo Regionale	20



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Glossario

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
AFT: Aggregazione Funzionale Territoriale
AIFEC: Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità
BPCO: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
COT: Centrale Operativa Territoriale
COVID-19: Corona Virus Disease
DL: Decreto-legge
DM: Decreto Ministeriale
DPCM: Decreto Presidente Consiglio dei Ministri
DRG: Decreto di Giunta Regionale
ECM: Educazione Continua in Medicina
FNOPI: Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche
FVG: Friuli-Venezia Giulia
IFoC: Infermiere di Famiglia o Comunità
ISTAT: Istituto Nazionale di Statistica
MIUR: Ministero dell'Istruzione, Ministero dell'Università e della Ricerca
MMG: Medico di Medicina Generale
OECD/OCSE: Organization for Economic Co-operation and Development/ Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
PAI: Piano Assistenziale Individuale
PDTA: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PLS: Pediatra di Libera Scelta
PNRR: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
SARS-COV-2: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SSR: Servizio Sanitario Regionale
WHO/OMS: World Health Organisation/Organizzazione Mondiale della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Gruppo di Lavoro

Le “Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità” sono state elaborate all’interno del Gruppo di Lavoro coordinato da Agenas per l’adozione della “Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale”, a cui hanno partecipato:

- Dott.ssa Mara Pellizzari, Dott. Michele Picogna (Regione Friuli-Venezia Giulia)
- Dott.ssa Ivana Finiguerra, Dott. Alessio Rizzo (Regione Piemonte)
- Dott.ssa Eleonora Salutini, Dott. Paolo Zoppi (Regione Toscana)
- Dott. Antonio Cascio, Dott.ssa Sara Andreani (Regione Emilia-Romagna)
- Dott.ssa Angela Zanello (Regione Marche)
- Dott.ssa Paola Casucci, Dott. Giancarlo Marcheggiani (Regione Umbria)
- Dott.ssa Anna Maria Ferriero, Dott.ssa Raffaella Piro (Regione Campania)
- Dott.ssa Franca Bellotti (Provincia Autonoma di Trento)
- Dott.ssa Simonetta Di Meo, Dott.ssa Anna Maria Indelicato (Regione Lombardia)
- Dott. Giuseppe Lella (Regione Puglia)
- Prof. Valerio Di Monte, Prof.ssa Paola Di Giulio, Dott.ssa Sara Campagna, (Università di Torino)
- Prof.ssa Milena Vainieri, Prof.ssa Paola Cantarelli (Università Sant’Anna di Pisa)
- Dott.ssa Barbara Mangiacavalli, Dott.ssa Beatrice Mazzoleni (FNOPI)
- Dott.ssa Paola Obbia (Associazione AIFEC)
- Dott. Fulvio Lonati (Associazione APRIRE)
- Dott.ssa Simona Carbone, Dott. Filippo Quattrone (Ministero della Salute)
- Dott. Domenico Adesso, Dott. Luigi Apuzzo, Dott. Claudio Costa, Dott.ssa Lorena Martini, Dott. Daniele Pandolfi (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

1. Premessa

Il Patto per la Salute 2019-2021, approvato con Intesa in sede di Conferenza Permanente Stato-Regioni in data 18 dicembre 2019 ha previsto la definizione di linee di indirizzo per introdurre parametri di riferimento per disciplinare in maniera uniforme sul territorio nazionale la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità.

Inoltre, il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34(1), all'articolo 1, comma 5, ha introdotto *“la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità per rafforzare i servizi infermieristici e per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4”*.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (2), adottato il 6 agosto 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni, ha fatto riferimento, per la prima volta, alla figura dell' Infermiere di Famiglia o Comunità affermando, nelle sezioni sulla visione ed i principi e sulla efficacia degli interventi ed efficienza del modello organizzativo, che: *“per la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute è necessario attuare interventi multiprofessionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come ad esempio l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, ovvero professionisti che abbiano come setting privilegiati gli ambienti di vita della persona e che agiscano in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio per l'utenza portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro”*.

In sede di Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, in data 10 settembre 2020, è stato approvato il Documento recante *“Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità L. n.77 del 17 luglio 2020”* (3), in cui si delineano orientamenti organizzativi e formativi in ordine alla figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità, *“in linea con gli orientamenti Europei per quanto riguarda i due ambiti di competenza (famiglia e comunità) ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità/fragilità sul territorio”*.

Tutti questi elementi che vedono già delineate le idee di fondo nel DL 34, insieme alla operazione straordinaria di cooperazione multidisciplinare e multiprofessionale che la esperienza Covid-19 ha innescato, sono stati utile linfa alla definizione sia per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) (4) sia per la definizione dei requisiti minimi dell'offerta territoriale descritti nel documento *“Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”*. Nel Maggio del 2022 il Ministero della Salute ha approvato con il Decreto n. 77 il *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*. In tale regolamento per la prima volta vengono definiti gli standard che dovranno essere rispettati in ogni regione. Prevista anche la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, almeno 1 ogni 3.000 abitanti, quale figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

La valorizzazione della professione infermieristica, e in particolare dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) nell'ambito dell'assistenza territoriale, finalizzata ad incrementare la presa in carico e la gestione proattiva dei bisogni di continuità assistenziale, di aderenza terapeutica, in particolare in soggetti fragili e/o affetti da multi-morbilità, in un'ottica di integrazione con i servizi socioassistenziali, troverà una spinta decisiva nell'ambito delle sfide derivanti dal PNRR.

Il modello proposto per il territorio dovrebbe rispondere ai bisogni di salute in virtù dei cambiamenti sociodemografici del Paese. Infatti, si assiste:

- al progressivo invecchiamento della popolazione (5);
- all'incremento di persone con almeno una patologia cronica (40,8% della popolazione) e di condizioni di co-morbilità, in particolare in soggetti over settantacinquenni (66,6%);
- alla progressiva semplificazione della dimensione e composizione delle famiglie, con il 29,6% delle persone over sessantacinquenni che vivono sole (6);
- a una riduzione del 50% circa degli anni di vita liberi da disabilità nelle persone sopra i 65 anni, con sostanziali differenze sulla base delle condizioni socioeconomiche (7).

Tali caratteristiche richiedono un modello assistenziale sostanzialmente differente da quello centrato sull'ospedale, orientato verso un'offerta territoriale, che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona. L'assistenza sanitaria territoriale diventa luogo elettivo per attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico delle persone affette da cronicità e della personalizzazione garantendo anche continuità relazionale (8), in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano Nazionale della Prevenzione. Al contempo il modello persegue finalità di mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita del singolo e della famiglia, responsabilizzare sugli stili di vita, coinvolgendo attivamente nella promozione e gestione della propria condizione di salute (*self-care*). Conseguenze attese sono anche il contenimento della spesa sanitaria. Il sistema sanitario è chiamato ad anticipare i bisogni dei cittadini e a seguirli in maniera continuativa lungo tutto il percorso assistenziale, in accordo ad una sanità di iniziativa integrata con i servizi sociali. A fronte di una sempre maggiore frammentazione del sapere, per garantire una risposta comprensiva, unitaria e sostenibile, l'assistenza primaria deve essere distribuita all'interno di un sistema più ampio e articolato, composto da più professionalità come reso noto nella Dichiarazione di Astana (9). Nel corso degli anni, la professione infermieristica, a seguito di un processo di espansione ed estensione del ruolo, attraverso la formazione, ha realizzato in tutto il mondo esempi di assistenza avanzata nelle cure primarie (10). In alcuni contesti, per migliorare l'accesso ai servizi, si assiste ad una condivisione di attività fra la professione medica e infermieristica (es. Task Sharing) (11). In altri contesti, infermieri specializzati sono stati inseriti in ruoli complementari a quelli già esistenti, per ottimizzare la gestione delle patologie croniche in termini di riduzione dei tassi di ospedalizzazione, miglioramento dei parametri clinici e soddisfazione dell'utenza (12-14). In risposta agli obiettivi del Documento Salute 21 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si sono sviluppati percorsi di formazione di nuove figure infermieristiche (15), tra cui quella dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC). Caratteristica di questa figura è l'interesse verso l'individuo, la famiglia,



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

la comunità e la casa come ambiente in cui i membri della famiglia possono farsi carico dei problemi di salute (16).

2. Esperienze di attivazione degli IFoC

In Italia sono state sviluppate differenti esperienze di Infermieristica di Famiglia o Comunità, riconosciute a livello legislativo o per mezzo di progetti e sperimentazioni. Per riportare alcuni esempi:

- Il Progetto "Infermiere di Comunità" nato sperimentalmente nel 1999 in Friuli-Venezia Giulia nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Bassa Friulana i cui principi fondanti sono mutuati da diversi saperi disciplinari: la teoria "relazionale della società", (17), la teoria dello "*Human Caring*" (18), i concetti di "*Community Care*" (19) che attengono alle più ampie politiche di Welfare Comunitario. In questa logica di "cure di comunità" l'infermiere, collocato a livello distrettuale, opera attraverso un servizio di assistenza infermieristica decentrata e diventa punto di riferimento della comunità per la dimensione assistenziale, ne fa parte integrante in modo organico e connettivale e agisce in stretta connessione con i Medici di Medicina Generale (MMG), assistenti sociali e tutti gli altri attori dell'equipe territoriale (20). Ha la finalità di prendere in carico la persona assistita e la comunità in modo proattivo, offrendo una risposta ai bisogni esistenziali promuovendo l'empowerment e sviluppando competenze nella persona e nella comunità. L'IFoC così concepito non è solo un erogatore di cure, ma attivatore di potenziali di cure, che insistono in modo latente nella comunità e che portati alla luce sprigionano una serie di beni cognitivi, affettivi, e di legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico. 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 (20). 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.
- Il Progetto CoNSENS*o* (*COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing Society*) (21) in Piemonte e Liguria, nell'ambito del Programma transnazionale di Cooperazione Territoriale Europea Interreg Spazio Alpino 2014-2020, volto a favorire un invecchiamento attivo della popolazione over sessantacinquenne, in special modo nelle "aree interne". I principi cardine del modello sono il mantenimento o miglioramento delle capacità residue funzionali, dei processi di "*self-care*" (22) e di favorire la creazione di un'unica rete sociale (23). Alcune Regioni (Lombardia, Piemonte e Toscana ad esempio) (24-25) hanno deliberato ufficialmente l'introduzione nel Ssr dell'IFoC, prevedendone non solo ruoli e funzioni, ma anche percorsi formativi.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Altre (Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Puglia, Valle d'Aosta) hanno attivato sperimentazioni e altre ancora hanno presentato proposte di legge (Lazio, Sicilia) per istituire l'infermiere di famiglia.

Tutte queste esperienze sul territorio italiano hanno privilegiato, ove possibile, le cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione, garantendo le prestazioni sanitarie necessarie ed attivando le risorse formali e informali della comunità per dare supporto alla persona e alla famiglia nelle attività di vita. L'innovazione, presente in tali modelli, necessita di competenze specifiche e di nuove relazioni nell'equipe di cura e con la persona.

3. Elementi di contesto¹

Nel 2020 la pandemia da Covid-19 ha prodotto effetti che hanno modificato e trasformato il quadro epidemiologico e di cui tenere conto per l'organizzazione dei servizi territoriali. In particolare, si è assistito a:

- una *modificazione del ricambio demografico* non soltanto, per quanto prevalentemente, sulla mortalità ma anche sulla mobilità residenziale interna e con i Paesi esteri, arrivando a incidere persino sui comportamenti riproduttivi (nell'ultimo mese dell'anno) e nuziali. Ne scaturisce un quadro globale, già di per sé fortemente squilibrato da dinamiche demografiche deboli sul versante del ricambio della popolazione, nel quale le stesse problematiche risultano accentuate e moltiplicate;
- una *riduzione della speranza di vita* per effetto del forte aumento del rischio di mortalità, specie in alcune aree e per alcune fasce d'età, la speranza di vita alla nascita, senza distinzione di genere, scende a 82 anni, ben 1,2 anni sotto il livello del 2019;
- un *aumento della mortalità correlata al Covid 19*; infatti è possibile ipotizzare che parte della mortalità sia causata direttamente dal Covid-19, dall'altro è anche concreta l'ipotesi che una parte ulteriore di decessi sia stata causata da altre patologie letali che, nell'ambito di un Servizio sanitario nazionale in piena emergenza, non è stato possibile trattare nei tempi e nei modi richiesti. Gli *effetti sull'invecchiamento* invece sono stati limitati;
- un aumento della *presenza di cronicità e di multimorbilità* che hanno, come noto, un impatto negativo sui livelli di autonomia nelle attività essenziali della vita quotidiana e, più in generale, sulla qualità della vita, in particolare tra i molto anziani.

¹ Elaborazioni su dati ISTAT. Indicatori demografici. Anno 2020



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

4. Definizione

L'introduzione dell'IFoC ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità (26).

L'IFoC è un professionista che, garantendo una presenza continuativa nell'area/ambito o comunità di riferimento:

- assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, infermieri di ADI ecc.), perseguendo l'integrazione interdisciplinare con altri servizi infermieristici, sanitari e sociali presenti sul territorio e ponendo al centro la persona. L'IFoC non è solo un erogatore di assistenza sanitaria, ma anche potenziale attivatore di servizi assistenziali per bisogni sociosanitari latenti, anche nella comunità, al fine di fornire risposte globali e personalizzate per sostenere la salute e la qualità di vita delle persone;
- ha un forte orientamento alla prevenzione e alla gestione proattiva della salute e ricopre diverse funzioni a seconda del contesto in cui opera. Svolge la sua attività sul territorio, a seconda dei modelli organizzativi regionali, in collaborazione con i servizi aziendali specifici, agendo in modo proattivo per la promozione di idonei stili di vita, l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro presa in carico;
- si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio;
- svolge la sua attività inserito in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare e supportare le risorse di pazienti e caregiver, del volontariato, del privato sociale, e più in generale della comunità.

In questi termini, il tempo che dedica alla relazione con la persona, gli altri operatori e i soggetti della rete dei servizi formali e informali va considerato tempo di cura.

In specifico, l'IFoC:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti della *population health management*;
- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo (in presenza o in remoto), in collaborazione con tutti i livelli, i contesti e gli attori, sanitari ed extra-sanitari, interessati a supporto dello sviluppo di comunità resilienti e di ambienti favorevoli alla salute;
- promuove attività di informazione/comunicazione sia sui singoli che in gruppo;
- svolge attività di *counseling* per la promozione di comportamenti positivi, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
- lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie e con le risorse della comunità (associazioni di volontariato, ecc.) e collabora in team con i MMG/PLS e gli altri professionisti sanitari;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali, telemedicina e teleassistenza.

5. Popolazione target

L'IFoC opera con tutti i cittadini, sani e malati. Nell'ottica dell'equità, identifica sul proprio territorio le fasce di popolazione ritenute più fragili su cui attivare con focus primario progetti personalizzati di promozione della salute, prevenzione e cura.

In considerazione dell'azione dell'IFoC articolata sui livelli individuale, familiare e comunitario, tenuto conto dei dati epidemiologico-demografici e della variabilità geografico-territoriale nel contesto nazionale, potrebbe essere necessario inizialmente identificare, pur nella non esclusività legata al ruolo specifico e comunitario del professionista IFoC, un target prioritario di intervento.

In via transitoria e fino a quando l'IFoC non sarà presente in modo diffuso sul territorio può essere utile dare priorità, in base ai bisogni ed ai dati locali, alla presa in carico di popolazioni specifiche, ad esempio delle persone con malattie croniche, alla valutazione dei bisogni della popolazione fragile, alla costruzione delle reti.

6. I livelli dell'intervento

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

- a livello ambulatoriale, come punto di incontro in cui gli utenti possono recarsi per ricevere: (a) informazioni, per orientare meglio ai servizi e (b) prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione collettiva, alla sanità pubblica, e all'assistenza di base (DPCM del 12 gennaio 2017) (27), inclusi interventi di educazione alla salute;
- a livello domiciliare, per valutare i bisogni del singolo e della famiglia e organizzare l'erogazione dell'assistenza, valutando, per le situazioni assistenziali a medio-alta complessità, l'attivazione della rete territoriale e dell'ADI;
- a livello comunitario, con attività trasversali di promozione ed educazione alla salute, integrazione con i vari professionisti tra ambito sanitario e sociale, mappatura e attivazione di possibili risorse formali e informali.

Inoltre, presso strutture residenziali e intermedie (strutture socio-sanitarie) con attività di consulenza, monitoraggio e attivazione di risorse in base ai bisogni rilevati, per garantire la continuità assistenziale tra i diversi contesti di cura.

Livello ambulatoriale: l'attività ambulatoriale dovrebbe essere ad accesso diretto, secondo modalità definite in sede aziendale. Può prevedere l'utilizzo di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la teleassistenza



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

che possono favorire l'accessibilità alle cure e la prevenzione, in sinergia con altri professionisti e con le organizzazioni territoriali.

L'attività ambulatoriale si caratterizza per le seguenti attribuzioni:

- orientamento e informazione all'utente relativamente all'offerta sanitaria migliorando l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari pubblici (ad esempio informazioni riguardanti la rete dei servizi distrettuali e le vie di accesso agli stessi, indicazioni sulle modalità per ottenere presidi e ausili);
- promozione di interventi di educazione alla salute finalizzati all'autogestione di problemi assistenziali semplici, attraverso il rafforzamento del *self-care* nell'ottica dell'*empowerment*. Ad esempio:
 - presa in carico proattiva ambulatoriale e/o domiciliare della persona con multimorbidità e danni d'organo ancora contenibili, con bisogni complessi e autonomia funzionale conservata, sulla base di protocolli concordati e aggiornati, percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali aziendali per utenti cronici inseriti in apposito registro di patologia o di fragilità. Tali attività intendono sviluppare la consapevolezza e l'alleanza terapeutica della persona, nel rispetto delle scelte e della dignità dell'individuo, della famiglia e della comunità;
 - realizzazione e valutazione di interventi di tipo educativo, attraverso la definizione di un progetto educativo individuale, orientato a far apprendere alla persona assistita ed ai familiari, abilità di *self-care* e autogestione;
 - mettere in rete utente e associazioni di volontariato per realizzare forme di auto-mutuo aiuto.

Livello domiciliare: la visita domiciliare consente di rilevare anche i bisogni inespressi e di concordare con la famiglia le azioni necessarie per la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia, evitando il ricorso alle strutture di ricovero. L'attività a domicilio, attraverso interventi diretti e indiretti focalizzati sulla persona e famiglia, si caratterizza per le attribuzioni già illustrate nell'attività ambulatoriale integrate dalle seguenti funzioni:

- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita e l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale, in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali, nodi della rete e le diverse professionalità presenti sul territorio;
- promuove la salute valutando il livello di conoscenza sulla patologia e sulla sua gestione ottimale, per modulare i processi di apprendimento e di cambiamento necessari a incrementare le capacità di autocura e l'autonomia della persona e della sua famiglia, e la condivisione di progetti individualizzati 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 un corretto *self-care* ed autogestione. La promozione dell'autonomia si realizza attraverso l'aumento della abilità di *self-care* dell'utente e della sua famiglia, l'attivazione di reti informali (parenti, amici, vicini, gruppi di volontariato, di auto-aiuto);



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- valuta i bisogni socioassistenziali, anche inespresi, sia della persona sia della sua famiglia, con particolare attenzione ai caregiver e in ottica preventiva;
- sostiene e fornisce informazioni ai caregiver e al nucleo familiare per favorire la possibilità di permanenza a domicilio delle persone;
- individua idonei strumenti per il monitoraggio a distanza e per la teleassistenza che possono favorire la vita a domicilio, in sinergia con altri professionisti e con le organizzazioni territoriali.

Livello comunitario: l'IFoC svolge attività trasversali con l'obiettivo di favorire l'accesso ai servizi, la continuità delle cure e l'integrazione tra i vari operatori sanitari/sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti i bisogni di salute e di agire in ottica preventiva.

Collabora con gli enti del territorio, inclusa la scuola, su specifici progetti di promozione della salute.

Attraverso il lavoro di rete, che non può essere definito solo come un metodo di lavoro, ma riflette un modo d'essere degli operatori, l'IFoC assieme agli altri professionisti (MMG, assistente sociale, ecc), accerta le risorse, le potenzialità dell'assistito, della famiglia, della comunità e dei servizi istituzionali sanitari e sociali, pone al centro la persona con i suoi reali bisogni e mette in rete tutte le forze, i mezzi, le strategie necessarie per offrire una risposta vicina alle reali necessità e attese. Così facendo l'assistito, le persone significative per lui e tutti i professionisti riflettono e cercano insieme le soluzioni per quella data situazione. Attraverso il passaggio di conoscenze, la relazione terapeutica e l'attivazione della rete, si può facilitare l'emergere dei potenziali di cura presenti a livello individuale, familiare e di comunità per la co-costruzione di salute.

7. Le competenze core

L'IFoC, attraverso la formazione specialistica post base, acquisisce e implementa conoscenze e competenze per:

- la valutazione dei bisogni di salute della persona in tutte le fasi della vita, delle famiglie e della comunità attraverso approcci sistemici validati come il modello di analisi e intervento familiare;
- la conoscenza e l'analisi dei fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, considerando i determinanti della salute e le caratteristiche ambientali;
- 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 tutela di un sano inizio della vita;
- la presa in carico delle persone sane o con malattie croniche in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, ad esempio associati all'età, al genere o al carico di assistenza ad altri malati;
- la presa in carico delle persone con disagio psichico, psicologico e comportamenti di dipendenza;



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- lo sviluppo dell'educazione sanitaria in ambito scolastico;
- la relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica con le persone e le loro famiglie;
- la valutazione personalizzata dei problemi sociosanitari che influenzano la salute, con i professionisti che operano sul territorio;
- la definizione di programmi di intervento infermieristici basati su prove di efficacia, anche fornendo agli assistiti le indicazioni dei presidi assistenziali più efficaci al percorso di cura concordato;
- la definizione di ambiti e problemi di ricerca;
- l'utilizzo di supporti documentali e gestionali informatici per la documentazione dell'attività assistenziale, al fine di assicurare basi accurate di misurazione di indicatori di processo e di risultato;
- la rilevazione dei rischi comportamentali, ambientali e domestici e l'individuazione delle eventuali strategie preventive;
- l'identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità delle persone attraverso scale validate;
- l'erogazione di 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;
- il coinvolgimento attivo degli individui e delle famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale;
- la 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;
- il sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management;
- la facilitazione delle dimissioni precoci in stretta sinergia con l'ospedale, il MMG, il PLS e gli altri specialisti;
- il monitoraggio del grado di stabilità clinico/assistenziale e del livello di complessità 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 MMG e con gli altri professionisti coinvolti;
- il monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di rischi/ problematilità al MMG;
- l'adozione di strumenti per il monitoraggio a distanza e per la teleassistenza che possono favorire la presa in carico a domicilio in sinergia con altri professionisti e con le organizzazioni territoriali;
- l'attivazione di consulenze infermieristiche su specifiche problematiche assistenziali.

Inoltre, a livello comunitario:

- la lettura e analisi del contesto comunitario, attraverso un processo partecipativo tra i vari stakeholder di riferimento del territorio²;

² Indicazioni sulle modalità di valutazione del contesto comunitario vengono fornite nel documento dell'OMS "A framework for community health nursing education" (2010).



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- la mappatura delle risorse del territorio per il mantenimento di stili di vita sani, incluse le associazioni di volontariato;
- la formazione, coordinamento e supervisione delle persone che entrano a far parte volontariamente della rete assistenziale della comunità;
- la collaborazione con le autorità sanitarie locali per costruire flussi informativi utili alla valutazione e gestione della popolazione in carico;
- la garanzia della continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, grazie alla Centrale Operativa Territoriale (COT), in sinergia con le organizzazioni, i MMG e gli altri professionisti;
- la collaborazione con il MMG, con le Unità di Valutazione Multidimensionale dei Distretti, con i professionisti dei servizi socioassistenziali, con le associazioni di volontariato;
- la partecipazione alla redazione, verifica, attuazione e supervisione di protocolli e procedure per la qualità dell'assistenza;
- la progettazione di interventi di rete e monitoraggio dei risultati nell'ottica dell'attivazione del capitale sociale e dello sviluppo dell'empowerment di comunità;
- la progettazione e attivazione di iniziative di promozione e prevenzione della salute rivolte alla comunità che favoriscano la partecipazione attiva;
- l'attivazione di iniziative di informazione sulla salute e sui rischi rivolte a gruppi di persone;
- l'applicazione di strategie e metodi educativi a gruppi di persone, mirati al miglioramento delle abitudini e degli stili di vita e al self-management³;
- la 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.

8. Modello Organizzativo

L'IFoC è un dipendente del SSR che afferisce al distretto sanitario e si inserisce nell'organizzazione territoriale aziendale, all'interno delle Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità e Unità di Continuità Assistenziale.

È necessario che sia sostenuto il superamento del modello prestazionale, che sinora ha caratterizzato l'attività degli infermieri nei servizi territoriali e che l'IFoC svolga una funzione integrata e aggiuntiva a tali interventi, attraverso la realizzazione di modelli di prossimità e di iniziativa.

Va realizzata la possibilità di condividere in modalità strutturate lo stesso bacino di utenti, definito e circoscritto sulla base di criteri geografici, con gli altri professionisti, tra cui in particolare il MMG e il PLS al fine di creare una vera équipe multiprofessionale che si costituisce in relazione alle caratteristiche sociali ed epidemiologiche, come elementi determinanti una comunità e i suoi bisogni, e divenire punto riferimento per la popolazione assistita.

³ Il Patient Education Research Center dell'Università di Stanford ha sviluppato un metodo educativo rivolto ai malati cronici, che si è concretizzato in una serie di programmi strutturati di self-management, accessibili tramite licenza.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Deve essere favorita concretamente l'integrazione dell'azione degli IFoC con i servizi esistenti, attraverso percorsi condivisi e la definizione di ruoli specifici (es. il *disease manager*, il *case manager*, l'*eHealth monitoring*), nonché il potenziamento e lo sviluppo della rete sociosanitaria con un'azione che si sviluppa dentro e con le famiglie/comunità.

9. Standard di personale

Lo standard di personale, le finalità e le modalità di assunzione sono stati previsti dall'art. 1, comma 5 della legge n. 77 del 17.7.2020. In particolare, a decorrere dal 2021, la legge dispone 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 come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4”*, le ASL *“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”* (ovvero nei limiti delle risorse assegnate a ciascuna Regione dalla legge stessa).

Nel DM 77/2022 “Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, lo standard di personale previsto è quantificato **in 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti**.

Il bacino di utenza può comunque variare a seconda delle caratteristiche orografiche del territorio (aree interne, isole, comunità montane, zone metropolitane ad alta densità abitativa).

In Italia, a seguito del DL.34/2020, risulta che il numero di Infermieri di Famiglia o di Comunità effettivamente inseriti nei Servizi è ancora di molto inferiore rispetto a quello previsto dalla normativa (circa 1.380 al 25 giugno 2021, rispetto ai 9.552 previsti dal legislatore), con una disomogenea distribuzione sul territorio nazionale.

10. Formazione

In relazione alla natura ed alla complessità del ruolo degli IFoC la formazione è centrale e imprescindibile. Le *competenze core* che con la formazione si debbono costruire derivano dal profilo di competenza proposto da AIFeC nel 2018 (28-29), dai risultati del progetto europeo *ENHANCE* (30-31), dal *Position Statement* di FNOPI (32) e dall'esperienza formativa pluriennale dei Master di I° livello in Infermieristica di Famiglia e di Comunità delle Università Italiane che li hanno attivati.

Il titolo preferenziale richiesto per l'acquisizione delle competenze in questo ambito è il Master Universitario di primo livello in Infermieristica di famiglia e di Comunità, così come previsto dal Documento finale sulla formazione specialistica delle professioni sanitarie, approvato il 17 dicembre 2018



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

dall'Osservatorio Nazionale delle professioni sanitarie istituito presso il MIUR, e divulgato dal Ministero della Salute alle Regioni con circolare del 13 marzo 2019 (33).

Tuttavia, tenuto conto delle necessità di avere IFoC per l'implementazione di quanto previsto dalla Riforma dell'Assistenza Territoriale, si ritiene di proporre, per coloro che non sono ancora in possesso del Master, la possibilità di realizzare percorsi formativi specifici di tipo regionale, progettati in collaborazione con gli Atenei, necessari per l'acquisizione delle competenze minime.

Il modello proposto prevede la formazione di tipo "Blended", articolata in moduli e accreditata ECM.

Al fine di consentire il completamento del percorso formativo con l'acquisizione del titolo accademico del Master, tale formazione sarà successivamente, previa specifica intesa, riconosciuta dalle Università per convalidare parte dei Crediti Formativi Universitari necessari per il conseguimento del titolo.

Per il dettaglio dello specifico percorso formativo si allega proposta del corso formativo regionale proposto da Agenas in collaborazione con la FNOPI (Allegato 1).

11. Criteri di reclutamento e di allocazione

Nel ruolo di IFoC, si ipotizza di allocare in via preferenziale gli infermieri che sono in possesso del titolo accademico specifico (Master di I livello in Infermieristica di Famiglia e Comunità o affini).

Secondariamente, in considerazione delle importanti e specifiche funzioni dell'IFoC, si ipotizza di prevedere la valorizzazione degli Infermieri che operano già in ambito territoriale e che vi abbiano maturato almeno un'esperienza biennale. Tali professionisti dovranno intraprendere uno specifico percorso formativo regionale.

In ultimo, ulteriore criterio di assegnazione del ruolo potrebbe essere manifestazione di particolare interesse e motivazione verso l'infermieristica di Famiglia o Comunità, previa disponibilità ad intraprendere lo specifico percorso formativo.

Potranno inoltre occupare la funzione anche coloro in possesso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche in ragione delle competenze acquisite in termini metodologici, di progettazione, purché i candidati intraprendano lo specifico percorso formativo.

12. Strumenti di monitoraggio

Quanto previsto dalla Riforma dell'Assistenza Territoriale per l'Infermiere di Famiglia o Comunità potrebbe essere monitorato seguendo un approccio su due livelli:

1. di processo



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- definizione di indicatori che misurino l'avanzamento del processo di implementazione dell'infermieristica di Famiglia o Comunità (esempio: n. di IFoC/ n. abitanti; n. di persone prese in carico, ecc.)
 - attivazioni di reti di prossimità, volontariato, etc per la persona – coorti di persone prese in carico su progetti specifici
 - Piani Assistenziali Individuali attivati, coinvolgimento di attori istituzionali, percorsi preferenziali attivati (integrazione ospedale territorio su dimissioni protette, accessi e ricoveri programmati, ecc.)
2. di impatto e di risultato
- definizione di un modello di valutazione che esplori l'impatto sulla persona, sulla famiglia, sulla comunità, sull'organizzazione e sullo staff.

I dati saranno raccolti da flussi informativi già esistenti, integrando con valutazioni progettate ad hoc in accordo ai modelli di valutazione di processo e di esiti che saranno definiti.

La valutazione dovrebbe essere centrata su esiti sensibili all'infermieristica di famiglia/comunità (34) (es. qualità di vita, abilità di autocura, cambiamenti nei comportamenti di salute e negli stili di vita, l'*engagement* nel proprio percorso di cura) con strumenti validati come quelli sulle abilità di *self-care* nello scompenso cardiaco o di *engagement*. Anche le cadute, ad esempio, potrebbero essere utilizzate per studiare l'efficacia di interventi preventivi a domicilio o sulla comunità. Tuttavia, gli esiti clinici quali i valori pressori, l'andamento del peso o dell'emoglobina glicosilata, rimangono i più usati anche perchè disponibili e più misurabili, mentre manca una seria riflessione sul set di esiti sensibili all'infermieristica nelle cure primarie.

Il ricorso agli esiti clinici, compresa la mortalità e l'ospedalizzazione, dovrebbe essere valutato criticamente per la plausibilità della relazione con l'assistenza infermieristica ricevuta e nell'interpretazione. Ad esempio, se l'infermiere nelle cure primarie identifica dei problemi che richiedono un inquadramento diagnostico, o non possono essere trattati a domicilio, può contribuire all'aumento delle ospedalizzazioni per la maggiore capacità di riconoscere un bisogno o sintomi premonitori. Oltre ai ricoveri sarebbe utile valutare la durata della degenza, o la gravità delle condizioni del paziente all'accesso in ospedale. Sono inoltre ancora poco usati gli esiti riferiti dai pazienti (*Patient Reported Outcomes/Patient Reported Measures*), ad esempio la qualità di vita e pochi studi hanno valutato gli esiti sui caregiver (qualità di vita, *burden* assistenziale) suggerendo che ad oggi la valutazione degli esiti rimane focalizzata sugli aspetti clinici e prevalentemente sull'utente. Sarebbe invece interessante considerare la valutazione degli esiti anche sulle famiglie, attraverso indicatori di processo quali ad esempio il numero di famiglie che accettano l'intervento, che rimangono 'agganciate nel tempo'; il numero delle reti/contatti attivati.

La misurazione degli esiti può essere condotta stratificando la popolazione unicamente su criteri clinici, di patologia, di farmaci o di accesso ai servizi ma anche con modelli che tengono conto di aspetti assistenziali quali ad esempio le abilità di autocura, l'*health literacy*, il funzionamento familiare o altre dimensioni di rilevanza sociale (es. la solitudine). Queste stratificazioni stimano gli effetti dell'intervento su popolazioni



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

di diversa complessità, che tiene conto anche delle dimensioni educativa, di supporto psico-emotivo e sociale.

Gli esiti dovrebbero essere misurati nel tempo: ad esempio, le abilità di autocura risentono di un cambiamento nel breve termine, ma sarebbe utile valutare quanto vengono conservate nel lungo termine. Ancora, la mortalità e la riospedalizzazione è utile nel breve termine in un progetto di presa in carico post-dimissione quando il paziente è a rischio elevato, mentre può richiedere tempi più prolungati di valutazione per interventi di prevenzione terziaria in soggetti stabili clinicamente e poco complessi.

La letteratura suggerisce inoltre la misurazione delle performance attraverso indicatori di processo (es. la prescrizione di esami entro i tempi raccomandati, la percentuale di pazienti con valori ematici registrati) spesso sovrapponibili a quelli dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali. Specifici dell'infermieristica territoriale sono la continuità della cura erogata, l'analisi dei bisogni educativi e sociali sul singolo, sulla famiglia, sulla comunità; il numero di colloqui motivazionali, di incontri con comunità, associazioni e risorse territoriali non sanitarie; il numero di pazienti contattati per la medicina di iniziativa; quanti accettano e quanti problemi sono stati risolti (secondo l'infermiere ed il familiare) sono solo alcuni esempi. Anche in ospedale è necessario misurare la fedeltà/compliance, ovvero la misura in cui l'intervento è stato erogato come pianificato nel protocollo di ricerca. Tuttavia, proprio per la complessità delle cure primarie, tenere traccia e descrivere se sono state necessarie modifiche all'intervento, come sono state applicate e verificare se gli esiti sono associati proprio alle modifiche intervenute è ancora più importante. Ad esempio, in uno studio è stata valutata la fedeltà in un programma domiciliare di supporto al self-management rilevando, attraverso l'analisi delle registrazioni dei colloqui, uno scarso coinvolgimento dei familiari negli incontri in persona e una scarsa discussione degli obiettivi educativi e dei bisogni nei follow-up telefonici. I metodi più utilizzati nella valutazione della fedeltà dell'intervento nella comunità sono: questionari auto compilati, osservazioni dal vivo, note sul campo, o sessioni video/audio registrate.

Riferimenti bibliografici

1. Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77, recante: «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19». (Testo coordinato pubblicato nel S.O. n. 25/L alla Gazzetta Ufficiale n. 180 del 18 luglio 2020).



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

2. Piano Nazionale della Prevenzione 2020 – 2025 https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=5029 (visitato il 6 settembre 2021).
3. LEGGE 17 luglio 2020, n. 77. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2020/07/18/180/so/25/sg/pdf> (visitato il 6 settembre 2021)
4. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>
5. ISTAT. Indicatori demografici. 2020.
6. ISTAT. Annuario statistico italiano 2019.
7. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2018.
8. Van Loenen T, Van den Berg MJ, Westert GP, Faber MJ. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: A systematic review. *Fam Pract.* 2014;31(5):502–16.
9. WHO. Declaration of Astana. *Glob Conf Prim Heal Care.* 2018.
10. Maier CB, Aiken LH, Busse R. Nurses in advanced roles in primary care Policy Levers for Implementation. Paris; 2017. Report No.: 98.
11. Laurant M, Van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(7).
12. Health Quality Ontario. Specialized nursing practice for chronic disease management in the primary care setting: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2013;13(10):1–66.
13. Matthys E, Remmen R, Van Bogaert P. An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: What can we learn in primary care? *BMC Fam Pract.* 2017.
14. Coster S, Watkins M, Norman IJ. What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence. *Int J Nurs Stud.* 2018 Feb; 78:76–83.
15. World Health Organization. HEALTH21 – health for all in the 21st century. *Eur Heal All.* 1998;(5).
16. World Health Organization Europe. The family health nurse-context, conceptual framework and curriculum. 2000;(January 2000):54.
17. Donati P. Teoria relazionale della società: i concetti di base [Internet]. Angeli F, editor. 2009. 432 p.
18. Watson J. Love and caring. Ethics of face and hand--an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nurs Adm Q.* 2003;27(3):197–202.
19. Bulmer M, Folgheraiter F. Le basi della Community care. *Sociologia delle relazioni informali di cura.* Erikson, 1992.
20. Pellizzari M. L'infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi. Mc Graw Hill, 2008 pp 89-123.
21. Enhancing capacities for a pluralistic Alpine Space - Progetto Consenso www.alpine-space.eu/projects/consenso/en (visitato il 13 settembre 2021).
22. Ory MG, DeFriesse GH. Self-care in later life: research, program, and policy issues. Springer Pub; 1998. 267 p.
23. Golinowska S, Groot W, Baji P, Pavlova M. Health promotion targeting older people. Vol. 16, *BMC Health Services Research.* BioMed Central Ltd.; 2016.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

24. Deliberazione della Giunta Regionale Piemonte 2 luglio 2021, n. 6-3472. Art. 1, co. 5, del D.L. n. 34/2020, convertito nella L. n. 77/2020 – Approvazione del documento “Linee di indirizzo regionali in materia di infermiere di famiglia e di comunità”, per il potenziamento dell’assistenza sanitaria territoriale. Pubblicato su BU28 15/07/2021 https://www.farindustria.it/app/uploads/2021/07/DGR-6-3472_2021-infermiere-di-famiglia.pdf (visitato il 09 settembre 2021).
25. Delibera della Giunta Regionale Toscana 04 giugno 2018, n.597 “indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale Infermiere di famiglia e di comunità. Approvazione e destinazione delle risorse”<http://www.informareunh.it/wp-content/uploads/DGRT-597-20180604-InfermiereDiFamiglia.pdf> (visitato il 09 settembre 2021).
26. DECRETO 23 maggio 2022 , n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
27. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15).
28. Il profilo dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità, Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità, <https://www.aifec.it/wp-content/uploads/2019/11/Profilo-IFeC-per-congresso-231018.pdf> (visitato il 7 settembre 2021).
29. Aimaretti G, Bidone S, Campagna S, Costa G, Dal Molin A, Dimonte V, ... & Obbia, P. Position Paper Infermiere di Famiglia e di Comunità. <https://www.aifec.it/blog/2019/11/26/position-paper-infermiere-di-famiglia-e-di-comunita-2019/> (visitato il 7 settembre 2021).
30. Sasso L, Bagnasco A, Aleo G, Zanini M, Catania G, Pozzi F, et al. Report on the definition of a Professional Profile for the Family and Community Nurse (FCN). ENhANCE Project Deliverable D, 2; 2018.
31. Risultati Progetto ENhANCE https://www.enhance-fcn.eu/it/outcomes_it/ (visitato in data 7 settembre 2021).
32. Position Statement L’Infermiere di Famiglia e di Comunità. FNOPI. 2020. <https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/10/Position-Statement-FNOPI-LInfermiere-di-famiglia-e-di-comunit%C3%A0.pdf> (visitato in data 8 settembre 2021).
33. Master Specialistici delle Professioni Sanitarie, 2018. FNOPI. https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2555/ELENCO%20COMPLETO%20MASTER.pdf (visitato il 10 settembre 2021).
34. Longhini J, Saiani L, Palese A. La complessità della ricerca infermieristica nelle cure primarie: appunti di metodo. Assistenza Infermieristica e Ricerca 2021; 40(3) in pubblicazione.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ALLEGATO 1 – Percorso formativo Regionale

Il modello proposto prevede la formazione di tipo “*Blended*”, articolata in moduli e accreditata ECM. Complessivamente il corso ha la durata di 220 ore, per la parte teorica prevede 100 ore di lezione frontale (da svolgere, in parte in presenza, e in parte a distanza sincrono e asincrono) articolate in tre moduli (43 ore per il primo, 29 ore per il secondo e 28 ore per il terzo modulo).

Per quanto riguarda il tirocinio, lo standard atteso è di 100 ore sarà svolto sul “campo”, in un setting appropriato a favorire l’apprendimento esperienziale, con la supervisione di un tutor (IFoC in possesso del Master) in modalità diretta o a distanza. Le restanti 20 ore dedicate al project work.

Per ottenere l’attestato, agli infermieri è richiesta la frequenza del 90% delle ore previste (teoria + tirocinio) e il superamento con esito positivo di un esame finale.

La commissione relativa all’esame finale sarà composta da almeno un rappresentante Regionale, un rappresentante della formazione dell’azienda che ha erogato il corso e un rappresentante dell’Università.

La collaborazione con gli Atenei nella progettazione può consentire, tramite specifici accordi, il riconoscimento del percorso in un numero di Crediti Formativi Universitari (CFU) validi per l’acquisizione del Master di Primo Livello.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

PROGRAMMA DEL CORSO			
MODULO 1 - RUOLO E RESPONSABILITÀ DELL'IFEC			
Denominazione attività formativa	Contenuti	Docente	Ore
Il ruolo dell'IFeC e l'organizzazione sanitaria secondo il DM77	Presentazione degli aspetti normativi, concettuali e organizzativi a livello nazionale ed internazionale riferiti all'infermieristica di famiglia e comunità. Organizzazione dei servizi sociosanitari e di cure primarie. La continuità assistenziale, la rete sociale e dei servizi. Integrazione dell'Infermiere di Famiglia con le figure del territorio: MMG e PLS. Strumenti di management infermieristico per il coordinamento dei servizi territoriali.		6
Azioni di sanità pubblica: prevenzione primaria, secondaria, terziaria e quaternaria	Empowerment, self-care, promozione di stile di vita sani, educazione sanitaria nel singolo (anche sano), nella famiglia e nella comunità. Sensibilizzazione all'importanza della diagnosi precoce e arruolamento agli screening proposti sul territorio. L'insieme delle attività e interventi finalizzate a contenere e controllare gli esiti complessi di una patologia con l'obiettivo di limitare la comparsa di recidive, complicanze o di invalidità. Rilevazione dei bisogni nelle cure palliative.		5



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

I determinanti della salute e le politiche per la salute pubblica ed epidemiologia delle malattie croniche	Epidemiologia dei problemi prioritari e delle nuove emergenze di salute nella comunità. Individuazione del profilo di salute tramite i sistemi di sorveglianza.		6
Il piano nazionale per la cronicità 2020-25	Rappresentazione e discussione delle azioni del piano nazionale per la cronicità: riprogettare il percorso assistenziale per il paziente cronico.		3
Promozione, educazione alla salute e relazione d'aiuto.	Interventi basati su evidenze scientifiche di educazione e promozione della salute, organizzazione e attuazione di interventi di promozione e educazione nel singolo e nella comunità. Relazione d'aiuto, educazione terapeutica, sostegno al caregiver.		10
Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita	Bisogni di salute del neonato, lattante e nella prima infanzia nei primi mille giorni di vita. Promozione dell'allattamento materno e di un'adeguata alimentazione. Sviluppo psicofisico e sviluppo delle capacità motorie, cognitive, manuale e relazionali.		3
La fragilità nell'anziano	Principali problemi di salute nell'anziano e valutazione multidimensionale del paziente fragile. Presa in carico, approccio proattivo e modelli per la gestione delle cronicità e dei bisogni assistenziali complessi dell'anziano anche con strumenti di e-Health telemedicina, teleassistenza e cultura digitale. Organizzazione del distretto per la gestione del paziente fragile.		8



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Psicodinamica della vita familiare e delle relazioni sociali	Sociologia della famiglia e dei processi psicologici sociali ed individuali nel processo di cura.		2
TOTALE			43



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

MODULO 2 – COMPETENZE SPECIFICHE DELL'IFEC			
Denominazione attività formativa	Obiettivi formativi	Docente	Ore
Modelli organizzativi nell'infermieristica di famiglia e di comunità	Approfondimento dei modelli organizzativi presenti sul territorio nazionale ed internazionale.		5
Il case management infermieristico	Approfondimento del modello organizzativo del case management infermieristico sul territorio a livello nazionale ed internazionale e continuità assistenziale.		5
Assessment infermieristico	Sistemi di valutazione infermieristica, della popolazione e della comunità con rilevazione dei bisogni legati alla sicurezza dei luoghi di lavoro e degli ambienti aperti e confinanti.		6
La visita infermieristica domiciliare	Valutazione dei bisogni sociosanitari del singolo e della famiglia. Valutazione dell'ambiente domestico.		5
Il coinvolgimento della persona assistita	Coinvolgimento della persona nel processo di cura e nella scelta delle pratiche terapeutiche assistenziali, metodi e strumenti impiegati dall'IFeC.		2
L'autocura nel quadro della gestione della cronicità	Utilizzo di tecniche e strumenti atti al favorire la crescita dell'autogestione ed autocontrollo delle patologie croniche.		6
TOTALE			29



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

MODULO 3 – ORGANIZZAZIONE E STRUMENTI			
Metodologia della ricerca	Le EBN a supporto del professionista		3
Leggere una comunità: profilo demografico, dei servizi, istituzionale	Utilizzo di strumenti di valutazione della comunità e dei servizi offerti sul territorio dalle strutture sanitarie e sociali e comunali		5
I processi di stratificazione della popolazione	Valutazione multidimensionale e stratificazione dei bisogni di salute e sociali dell'individuo, della famiglia, della comunità e strumenti di VMD.		5
Metodologia del lavoro di rete	Organizzazione dei servizi sociosanitari e il lavoro in team multidisciplinare.		5
Linee guida e PDTA	Presenza in carico, approccio proattivo e modelli per la gestione delle cronicità e dei bisogni assistenziali della persona e della famiglia.		4
Telemedicina/teleassistenza FSE e interoperatività con altri sistemi informativi	Da completare		6
TOTALE			28



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Elaborazione di un Project Work: 20 ore

Il partecipante al corso elaborerà un project work relativo all'area delle Cure Primarie/Sanità Pubblica/Infermieristica di Famiglia e Comunità.

Tirocinio/Stage, due proposte:

1- Tirocinio clinico (pianificazioni assistenziali appropriate e personalizzate con erogazione delle cure e valutazione degli esiti) presso contesti già avviati sia nel proprio territorio o in altre regioni

e

2- Laboratorio di abilità:

- patologie riferibili a problemi prioritari di salute; interventi informativi/educativi a pazienti e familiari presso servizi di infermieristica di famiglia/comunità/territoriali/cure palliative.
- Mappatura dei bisogni socio-sanitari: elaborazione del profilo di comunità.

Testimonianze e/o analisi critica di casi clinici con elaborazione di valutazioni globali e sistematiche attraverso l'utilizzo di strumenti e sistemi appropriati.

