

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina Molecolare

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

TESI DI LAUREA

ASPETTATIVE DI RUOLO PER
L'INFERMIERE DI FAMIGLIA
E DI COMUNITÀ:
INDAGINE QUALITATIVA

Relatore: Prof. Zanotti Renzo

Correlatore: Dott. Danielis Matteo

Laureanda: Coldebella Matilda

Matricola: 2060419

Anno Accademico 2023/2024

ABSTRACT

Introduzione. In Italia data la situazione di crisi del sistema sanitario e l'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione, è stata via via implementata la figura dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC). Nonostante siano stati condotti diversi studi a livello nazionale e internazionale su tale figura però, in letteratura non sono state individuate indagini mirate ad esplorare nel contesto italiano le attese personali e professionali degli infermieri che si propongono per IFoC o le attese dei Medici di Medicina Generale e dei Direttori di Distretto circa il ruolo degli IFoC.

Obiettivo. Disporre di una mappa sulle aspettative di ruolo degli studenti del Master di I livello in "Infermiere di Famiglia e di Comunità" e degli Infermieri di Famiglia o di Comunità, in rapporto anche alla prospettiva dei Medici di Medicina Generale e dei Direttori di Distretto.

Metodo. È stato condotto uno studio esplorativo fenomenologico con la metodologia della percezione tematica per indagare la natura delle attese sull'Infermiere di Famiglia o di Comunità. A tal fine sono state condotte interviste semi-strutturate agli studenti frequentanti il Master di I livello in "Infermiere di Famiglia e di Comunità" dell'Università degli Studi di Padova, ad alcuni Infermieri di Famiglia o di Comunità, ad alcuni Medici di Medicina Generale e ad alcuni Direttori di Distretto di 4 Aziende Socio-Sanitarie del Veneto (AULSS 2 "Marca Trevigiana", AULSS 3 "Serenissima", AULSS 4 "Veneto Orientale" e AULSS 5 "Polesana"). I partecipanti sono stati reclutati da dicembre 2023 a febbraio 2024 su base volontaria, dopo autorizzazione da parte dell'Università degli Studi di Padova e delle Aziende sopra citate e dopo aver contattato i professionisti interessati rispettivamente tramite il Direttore del Master, i coordinatori infermieristici delle Unità Operative di Cure Primarie, i coordinatori delle Medicine di Gruppo trovate online e le segreterie di Direzione di Distretto. I dati raccolti sono stati elaborati con il software Atlas.ti.

Risultati. Dall'analisi di 49 interviste sono emersi 3 temi in grado di soddisfare il quesito di ricerca. Le aspettative degli intervistati vedono l'IFoC lavorare nella comunità per la comunità, elaborare la sua concezione e accompagnare una trasformazione organizzativa nel sistema sanitario.

Conclusioni. Le attese personali e professionali degli infermieri che si propongono per IFoC e le attese dei Medici di Medicina Generale e dei Direttori di Distretto circa il ruolo degli IFoC permettono di individuare interventi culturali, formativi, politico-organizzativi e di ricerca da intraprendere per favorire l'implementazione del ruolo nel *welfare* sanitario locale.

Key words: Family Nurse, Community Nurse, expectations, Public Health

ABSTRACT (English)

Background. Because of the healthcare system crisis and the evolution of the needs regarding population health, Italy has been implementing the position of “*Infermiere di famiglia o di Comunità*” (IFoC), in English “Family or Community Nurse” (FCN). Despite the research carried out on national and international level about this professional figure, in literature it is not possible to come across targeted studies that explore in the Italian context the personal and professional expectations of Nurses that choose to work as FCNs or the expectations of General Practice Doctors and District Directors about the role of FCNs.

Aim. To arrange a map on the expectations of students of first level master’s degree in “*Infermiere di Famiglia e Comunità*” (Family and Community Nurse) and on the expectations of Family or Community Nurses; also considering the perspective of General Practice Doctors and District Directors.

Methods. An exploratory phenomenological study was lead through thematic analysis to examine the nature of expectations on the Family or Community Nurse. For this purpose, semi-structured interviews were carried out with Padua University students of first level master’s degree in “*Infermiere di Famiglia e di Comunità*”, with some Family or Community Nurses, with some General Practice Doctors and with some District Directors belonging to four different healthcare public bodies in the Veneto Region (AULSS 2 “Marca Trevigiana”, AULSS 3 “Serenissima”, AULSS 4 “Veneto Orientale” and AULSS 5 “Polesana”). Participants were recruited from December 2023 to February 2024 on a voluntary basis, upon receiving authorization by Padua University and the healthcare public bodies aforementioned and after contacting the interested professionals respectively through the first level master’s degree Director, the Primary Care Ward Managers, the Medical Group Practice Managers found online and the secretaryship of District Management. The gathered data were elaborated with the software Atlas.ti.

Results. From the analysis of 49 interviews emerged three themes to answer the research question. The expectations of the participants included the FCN working in the community for the community, developing the concept of FCN and accompanying an organizational transformation in the healthcare system.

Conclusions. The personal and professional expectations of Nurses that choose to work as FCNs and those of General Practice Doctors and District Directors about the role of FCNs allowed to pinpoint cultural, educational, political-organizational and research interventions that need to be undertaken to favor the implementation of the role in the local healthcare welfare.

Key words: Family Nurse, Community Nurse, expectations, Public Health

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO I. BACKGROUND	5
1.1 Il contesto epidemiologico	5
1.2 La nascita dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità	8
1.3 Le esperienze internazionali	13
1.4 I progetti nazionali	16
1.5 L’offerta formativa	23
1.6 La revisione della letteratura esistente	32
1.7 Il problema di studio e il quesito di ricerca	35
1.8 L’obiettivo di ricerca	35
CAPITOLO II. METODOLOGIA	37
2.1 Disegno dell’indagine	37
2.2 Campionamento, setting di ricerca e periodo	37
2.3 Variabili di osservazione	39
2.4 Strumenti e attività di raccolta dati	39
2.5 Metodo di analisi	42
CAPITOLO III. RISULTATI	45
3.1 Presentazione del campione	45
3.2 Risultati dell’indagine qualitativa	48
3.2.1 Primo tema: lavorare nella comunità per la comunità	54

3.2.2 Secondo tema: elaborare la concezione dell’Infermiere di Famiglia o di Comunità	56
3.2.3 Terzo tema: accompagnare una trasformazione organizzativa nel sistema sanitario	58
CAPITOLO IV. DISCUSSIONE.....	61
4.1 Aspettative di ruolo per l’Infermiere di Famiglia o di Comunità	61
4.2 Limiti	64
4.3 Implicazioni per la pratica clinica, la formazione, la ricerca.....	65
CONCLUSIONI	67
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	69
ALLEGATI	75
Allegato 1. Consenso alla partecipazione alla raccolta dati e al trattamento dei dati personali.....	75
Allegato 2. Mappa tematica creata attraverso il supporto del software Atlas.ti.	77

INTRODUZIONE

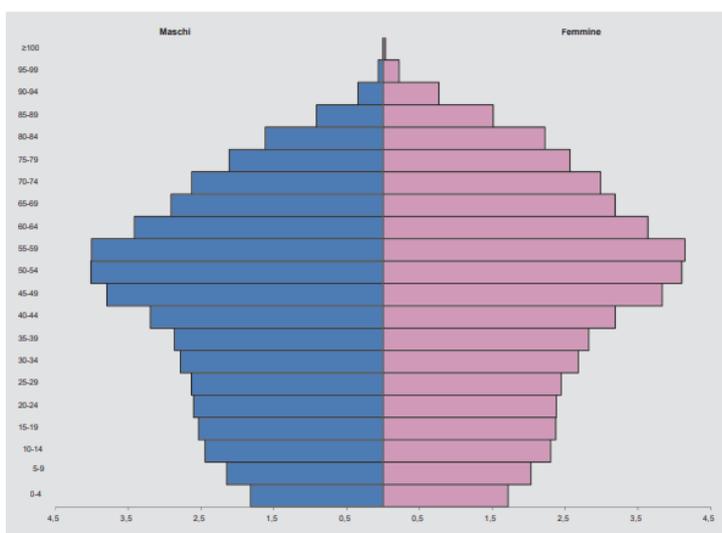
In Italia, come nel resto dell'Europa e del mondo, si sta assistendo ad un progressivo cambiamento dei bisogni di salute della popolazione, in gran parte determinato da un costante processo di invecchiamento, una sempre più elevata diffusione di patologie croniche e invalidanti e la decisiva modificazione della costituzione dei nuclei familiari. In tale contesto epidemiologico, fortemente influenzato anche dagli esiti della pandemia di Sars-CoV-2, il Servizio Sanitario Nazionale è stato reso oggetto di una lenta ma necessaria riforma dei modelli organizzativi dell'assistenza territoriale, in modo da renderla più presente nella comunità e a contatto delle famiglie fragili. L'Organizzazione Mondiale della Sanità già aveva suggerito ai governi che la chiave di questo profondo cambiamento fosse l'introduzione di una figura infermieristica competente e specializzata, in grado di cogliere i bisogni espressi e inespressi di salute del singolo, della famiglia e della comunità e di rispondere con un approccio multiprofessionale, integrando meglio i servizi sanitari con quelli sociali. La sanità pubblica attiva finalmente la figura dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC), che dopo anni di indecisione e tentativi piano piano inizia a concretizzarsi in numerose ed eterogenee esperienze, sia a livello nazionale che internazionale. Nonostante, però, siano diversi gli studi pubblicati sul tema, emerge dalla letteratura un vuoto di conoscenza nella dimensione delle aspettative sul ruolo degli Infermieri di Famiglia o di Comunità, sia da parte degli stessi professionisti, sia da parte dei Medici di Medicina Generale (primi collaboratori degli IFoC) e dei Direttori di Distretto (responsabili dell'inserimento e della gestione degli IFoC nel territorio). Il presente elaborato di tesi presenta un'indagine qualitativa mirata a mappare, in un contesto locale delimitato a un Ateneo della Regione Veneto, le aspettative di ruolo degli studenti del Master di I livello in "Infermiere di Famiglia e di Comunità" dell'Università degli Studi di Padova e degli Infermieri di Famiglia o di Comunità già attivi in alcune Aziende Socio-Sanitarie venete; in rapporto anche alla prospettiva dei Medici di Medicina Generale e dei Direttori di Distretto delle stesse Aziende. Lo studio ha tra i propri scopi anche quello di contribuire ad alimentare il debole dibattito sulla figura e sul ruolo dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità.

CAPITOLO I. BACKGROUND

1.1 Il contesto epidemiologico

Gli ultimi dati demografici pubblicati dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) nell'anno 2023 evidenziano come il processo di invecchiamento della popolazione residente in Italia stia proseguendo a ritmi incalzanti. Al 1° gennaio 2023 l'età media era stimata pari a 46,4 anni, in aumento di oltre due mesi rispetto alla stessa data dell'anno precedente e la popolazione al di sopra dei 65 anni di età costituiva il 24,1 per cento della popolazione residente totale (era 23,8 per cento al 1° gennaio 2022). Dal 2019 al 2023, questa quota è aumentata di 1,2 punti percentuali. Il numero stimato di ultracentenari (100 anni di età e più) raggiungeva nel 2022 il suo più alto livello storico, sfiorando la soglia delle 22mila unità, oltre 2mila in più rispetto all'anno precedente. Nel corso degli ultimi vent'anni, grazie a un incremento di 15mila unità, il numero di ultracentenari è triplicato. L'invecchiamento della popolazione residente in Italia, determinato dal costante calo della fecondità e dal continuo aumento della sopravvivenza nelle età anziane, è ben rappresentato dalla piramide delle età (Figura 1).

Figura 1. Piramide dell'età della popolazione residente per età e sesso al 1° gennaio Anno 2023, valori percentuali (a)

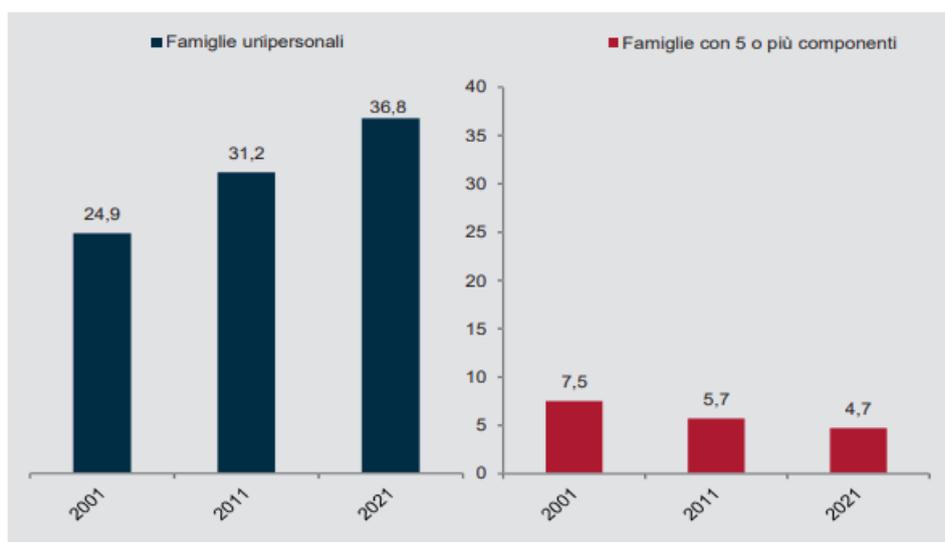


Fonte: Istat, Sistema di nowcast per indicatori demografici (E) (a) Dati stimati. Annuario Statistico Italiano, 2023.

La figura si caratterizza per una base, corrispondente alle età più giovani, particolarmente contratta e un vertice, che rappresenta le fasce più anziane di popolazione, che negli anni risulta sempre più allargato. La fascia centrale, che presenta un rigonfiamento rispetto alle altre classi di età, corrisponde ai cosiddetti *baby-boomers*, i numerosi nati tra la metà degli anni Sessanta e gli inizi dei Settanta che stanno via via entrando a far parte delle classi di età più anziane. Considerando l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto tra popolazione *over 65* e quella *under 15*, l'Italia era, al 31 dicembre 2021, il paese più anziano d'Europa, con un valore dell'indice pari a 188.

Dai dati Istat si evince anche la situazione delle famiglie italiane, stabili a 26 milioni e 200mila nel 2021: negli ultimi vent'anni è cambiata la loro costituzione in quanto si assiste ad un aumento della quota di famiglie con un solo componente e ad una diminuzione in percentuale di quelle numerose (Figura 2).

Figura 2. Famiglie con un solo componente e con 5 o più componenti Anni 2001, 2011, 2021; per 100 famiglie



Fonte: Istat, Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni (R); 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni al 9 ottobre 2011 (R). Annuario Statistico Italiano, 2023.

All'aumento, dunque, del numero delle famiglie, in particolare delle famiglie con un solo componente, si è visto corrispondere una riduzione del numero dei nuclei familiari, che nel 2023 erano poco più di 16 milioni e 600mila. La famiglia può infatti essere composta da uno o più nuclei familiari, intesi come l'insieme delle persone che formano una relazione di

coppia o di tipo genitore-figlio, o da nessun nucleo, come nel caso delle famiglie con un solo componente.

In un contesto come quello italiano caratterizzato, dunque, da un elevato invecchiamento della popolazione, un importante indicatore per valutare lo stato di salute di una popolazione è la diffusione di patologie croniche. Il 40,4 per cento dei residenti in Italia ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche rilevate, quale diabete, ipertensione arteriosa, infarto del miocardio, angina pectoris o altre malattie del cuore, bronchite cronica/enfisema/insufficienza respiratoria, asma bronchiale, malattie allergiche, tumore (incluso linfoma o leucemia), ulcera gastrica o duodenale, calcolosi del fegato e delle vie biliari, cirrosi epatica, calcolosi renale, artrosi/artrite, osteoporosi, disturbi nervosi. A partire dal 2021 vengono considerate all'interno della categoria "disturbi nervosi" anche "parkinsonismo" e "Alzheimer/demenza senile", che fino al 2020 non venivano rilevate tra le patologie croniche. Le patologie cronicodegenerative sono più frequenti nelle fasce di età più adulte: già nella classe 55-59 anni ne soffre il 50,9 per cento e tra le persone ultra-settantatquattrenni la quota raggiunge l'86,0 per cento. Il 21,5 per cento della popolazione ha dichiarato, inoltre, di essere affetto da due o più patologie croniche, con differenze di genere molto marcate a partire dai 55 anni. Tra gli ultra-settantatquattrenni la comorbilità si attesta al 66,0 per cento.

A tal proposito il sistema di sorveglianza PASSI d'argento dedicato alla popolazione anziana, di 65 anni e più, raccoglie informazioni sulla salute e i fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza o alle complicanze delle malattie croniche non trasmissibili. Dalle ultime indagini emerge come nel biennio 2021-2022 il 31% degli ultrasessantacinquenni intervistati ha dichiarato di avere difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari o ai negozi di generi alimentari e di prima necessità. Inoltre, il 24% ha dichiarato di aver rinunciato, nei 12 mesi precedenti l'intervista, ad almeno una visita medica o esame diagnostico di cui avrebbe avuto bisogno. Il 31% ha dichiarato di averlo fatto per timore del contagio da SARS-CoV-2, il 22% per sospensione del servizio a causa della pandemia di COVID-19, il 36% a causa delle lunghe liste di attesa, il 7% ha rinunciato per difficoltà o scomodità nel raggiungere la struttura e il 5% perché non poteva sostenerne i costi.

Non da ultimo, risulta interessante riportare anche alcuni dati ricavati dalla Relazione sullo Stato Sanitario del Paese (2017-2021) pubblicata dal Ministero della Salute italiano sulla

mortalità evitabile. Per mortalità evitabile ci si riferisce ai decessi delle persone sotto i 75 anni di età che avvengono per cause di morte contrastabili con stili di vita più salutari, con la riduzione di fattori di rischio ambientali e con adeguati e tempestivi interventi di diagnosi e trattamento della malattia. Si tratta di morti premature, costituite da due componenti: la mortalità prevenibile, che può essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica, e la mortalità trattabile, che può essere evitata con un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace in termini di prevenzione secondaria e di trattamenti sanitari adeguati. Nel 2019, sono decedute per cause evitabili 96.400 persone, che rappresentano il 63% di tutti i decessi sotto i 75 anni di età. Le Regioni, tuttavia, presentano profili diversi rispetto alle due componenti della mortalità evitabile (prevenibile e trattabile). Alcune presentano solo una componente più elevata della media nazionale e non entrambe, indicando come sia necessario adottare politiche differenziate sul territorio, in termini di programmazione sia di campagne di prevenzione sia di organizzazione delle strutture e dei servizi.

1.2 La nascita dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità

A fronte dei cambiamenti sociodemografici sopra elencati, in Italia è in corso da alcuni anni un ripensamento dei modelli organizzativi dell'assistenza territoriale al fine di modernizzare il sistema di cure extra ospedaliere e renderlo più accessibile e vicino ai nuovi bisogni di salute dei cittadini.

Un tale processo di adattamento della sanità pubblica non può esimersi, pertanto, dal coinvolgere la professione infermieristica che si ritrova ad essere, anzi, vera e propria protagonista attraverso la figura dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC).

All'origine dell'istituzione di questa figura professionale vi sono le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) pubblicate nel documento "*Health 21*" o "Salute 21" del 1998, sostenuto dall'Unione Europea per il raggiungimento di 21 obiettivi di salute fondamentali allo sviluppo dell'intera società nel Ventunesimo secolo. Tale documento, infatti, prevede per la prima volta l'introduzione della figura dell'Infermiere di Famiglia, che attraverso un ruolo poliedrico e l'inserimento in un gruppo multidisciplinare di operatori sanitari si prevede potrà contribuire in modo significativo al raggiungimento di

20 dei 21 obiettivi di “Salute 21”. In particolare, poi, l’Organizzazione Mondiale della Sanità si occuperà di definire più dettagliatamente il ruolo dell’Infermiere di Famiglia nel 2000 con la pubblicazione de “L’Infermiere di Famiglia - Contesto, struttura concettuale e curriculum”.

In Italia, tuttavia, si comincia ad ufficializzare la figura dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità solo dopo l’emanazione da parte del Ministero della Salute del “Patto per la Salute” 2019-2021 dove, in stretta correlazione con il “Piano Nazionale della Cronicità”, il “Piano di governo delle liste di attesa” e il “Piano Nazionale della Prevenzione”: “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 la valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, finalizzata alla copertura dell’incremento dei bisogni di continuità dell’assistenza, di aderenza terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità”.

In seguito all’emanazione di tale documento, quindi, e qualche mese dopo del DL n. 34/2020, art. 1 c. 5, convertito in L. 17 luglio 2020 n.77, che dispone l’introduzione dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità al fine di rafforzare i servizi infermieristici, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni incarica un sottogruppo tecnico, costituito da rappresentanti del Tavolo Area Assistenza Territoriale e del Tavolo Risorse Umane, Formazione e Fabbisogni di Personale, di effettuare alcuni approfondimenti su tale figura. Il sottogruppo tecnico, di concerto con alcuni rappresentanti della FNOPI (Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche) e della FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) e a partire dal documento “*Position Statement* l’Infermiere di Famiglia e di Comunità” della FNOPI (in cui vengono descritte le competenze dell’IFeC in modo completo e in linea con gli orientamenti europei), redige perciò una prima proposta di linee di indirizzo in cui vengono descritti gli ambiti organizzativi e formativi dell’IFeC adattabili alle diverse realtà regionali.

Successivamente, dopo l'emergenza pandemica di Covid-19, causa di una delle crisi sanitarie ed economiche più impattanti della storia italiana, l'Unione Europea (UE) si è vista costretta a rispondere con il Next Generation EU (NGEU), un programma di portata inedita che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale, migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori e conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale. L'Italia è stata la prima beneficiaria di questo fondo economico per la ripresa europea, anche detto "*recovery fund*", approvando nel 2021, con la stretta interlocuzione tra Parlamento e Commissione Europea, il "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" (PNRR). Tale Piano contiene la descrizione dettagliata degli investimenti e delle riforme da attuare per lo sviluppo e l'ammodernamento del Paese, attraverso 6 Missioni (digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo; rivoluzione verde e transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; inclusione e coesione; salute) e 16 Componenti. In particolare, la Missione 6 "Salute" con la Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" prevede di riformare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) come parte di un più ampio sistema di *welfare* comunitario, adeguandone l'assetto istituzionale e organizzativo. Sono tre i principali investimenti che il Piano prevede per il raggiungimento di tale obiettivo:

- la realizzazione delle Case della Comunità che consentirà di potenziare, riorganizzare e coordinare tutti i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità, in particolare per i malati cronici. "La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali". Tale struttura costituirà il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi e la strumentazione polispecialistica, e avrà il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari);
- il potenziamento dei servizi domiciliari che sarà rivolto soprattutto ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. Tale investimento mirerà ad identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalla telemedicina, dalla

domotica e dalla digitalizzazione; a realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale; ad attivare una Centrale Operativa Territoriale (COT) per ogni Distretto con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari (ospedali, rete di emergenza-urgenza, ecc.); utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche;

- l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve, destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e a gestione prevalentemente infermieristica, che contribuirà “ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche”. L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dagli ospedali al proprio domicilio, permettendo alle famiglie di avere il tempo necessario di adeguare l'ambiente domestico alle nuove esigenze di cura dei pazienti dimessi.

Con il più recente Decreto 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, il Ministero della Salute italiano ha, dunque, ufficialmente rivisto l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione coerentemente con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Componente 1 del PNRR, demandando alle singole Regioni la definizione degli interventi per lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

In Italia, perciò, ad oggi l'Infermiere di Famiglia o di Comunità è definito come: “un professionista appositamente formato, che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Opera sul territorio, a seconda dei modelli organizzativi regionali, diffonde e sostiene una cultura di Prevenzione e Promozione di corretti stili di vita, si attiva per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro soluzione. Garantisce una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito comunità di riferimento, fornisce prestazioni dirette sulle persone assistite qualora necessarie e si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione con le altre figure

professionali del territorio, in modo da rispondere ai diversi bisogni espressi nei contesti urbani e sub-urbani. Svolge la sua attività integrandola 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”. L’IFoC è inserito all’interno dei servizi e delle strutture distrettuali e garantisce la sua presenza nella Casa della Salute, a domicilio, nelle sedi ambulatoriali, nelle sedi e articolazioni dei Comuni e nei luoghi di vita e socialità locale ove sia possibile agire interventi educativi, di prevenzione, cura e assistenza. L’IFoC, essendo presente in tutto il territorio, rappresenta un punto di riferimento per l’intera popolazione. Tuttavia, dopo un’attenta analisi dei dati epidemiologici e sociodemografici, è risultato opportuno individuare un target più ristretto di individui che presentano maggiori fragilità e che possono giovare di interventi precoci, integrati e multiprofessionali. E come già descritto nel paragrafo precedente, tali individui appartengono alla fascia di popolazione anziana con patologie croniche.

La suddetta definizione di Infermiere di Famiglia o di Comunità, oltre che il contesto organizzativo, il target di popolazione, le competenze e la formazione di questa nuova figura professionale, sono state proposte inizialmente, come già esposto, dal sottogruppo tecnico della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni nel 2020 e nell’anno 2023 l’AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) ha confermato tali linee di indirizzo, pubblicando un documento tecnico realizzato da un gruppo di lavoro coordinato dalla stessa Agenzia e composto da 10 Regioni, dall’Università di Torino, dalla Scuola Superiore Sant’Anna (Laboratorio MeS), dalle Società scientifiche AIFEC (Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità) e APRIRE (Assistenza Primaria In Rete), oltre che dalla FNOPI. A tal proposito, è utile evidenziare come in Europa dal 2018 sia in corso un progetto chiamato ENhANCE (*European curriculum for family and community nurse*) che, a partire dalle evidenze di ricerca esistenti e dai risultati dei diversi progetti europei in corso, ha l’obiettivo di definire un profilo professionale per l’IFeC, come punto di riferimento per l’istruzione e la formazione professionale, e di conseguenza un Curriculum europeo innovativo che potrà poi essere declinato in diversi Curricula nazionali, a seconda degli specifici vincoli derivanti dai diversi contesti locali.

1.3 Le esperienze internazionali

Sono infatti numerosi gli esempi di Stati sia europei sia extracontinentali che hanno progressivamente introdotto la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità nei vari servizi di assistenza territoriale locali, adattando rispettivamente il nome e il ruolo della professione in base ai diversi contesti e bisogni della popolazione.

In Europa, il primo Stato ad aver applicato un modello di cure primarie che si avvalesse dell'aiuto del *Public Health Nurse* (PHN) ancora agli inizi del Ventesimo secolo è stata la Finlandia. I piccoli comuni locali organizzavano i servizi base secondo un modello centrato sulla famiglia, finanziati dalle tasse dei cittadini e dagli aiuti statali. Il PHN, inizialmente, lavorava in autonomia per cercare di cambiare le cattive abitudini di salute della popolazione, e solo successivamente, è entrato a far parte dei centri di salute materno-infantile collocati nei piccoli e disseminati quartieri finlandesi (le cosiddette “*health houses*”). In tali centri era presente anche un medico e un'ostetrica e il lavoro del gruppo era sostanzialmente improntato alla promozione della salute, alla prevenzione primaria e al mantenimento della salute, attraverso frequenti visite domiciliari gratuite e disponibili per tutti i cittadini (Siivola, Martikainen, 1990). In seguito alla riorganizzazione dei servizi sanitari del 1972, invece, il PHN venne inserito negli “*Health Centres*”, le unità funzionali che forniscono cure primarie, prevenzione e assicurano la salute della popolazione in Finlandia. In queste unità gli infermieri, in particolare, ancora oggi coadiuvano le attività dei medici, lavorano autonomamente in regime ambulatoriale fornendo prestazioni assistenziali, erogano assistenza a domicilio a cittadini di tutte le età (dall'area materno-infantile a quella geriatrica), lavorano nelle scuole di ogni grado e come infermieri di medicina del lavoro (Conti *et al.*, 2021).

Nella vicina Svezia, l'infermiere di sanità pubblica prende invece il nome di *District Nurse* (DN) e dopo un percorso accademico che prevede la laurea in infermieristica, almeno due anni di esperienza clinica certificata e un Master di altri due anni, egli può lavorare ufficialmente nella comunità con i bambini di età inferiore ai sei anni e le loro famiglie, nelle scuole e con adulti o anziani. Il DN normalmente si occupa della conduzione di programmi specifici per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, e spesso lavora in

stretta collaborazione con ostetriche, psicologi, assistenti sociali e insegnanti della scuola materna (Conti *et al.*, 2021).

Un altro Stato ad aver introdotto piuttosto precocemente il *Public Health Nurse* inserendolo nell'albo nel 1960 è stato l'Irlanda. Tuttavia, qui vi è ancora molta confusione riguardo il nome con cui viene chiamato l'infermiere di sanità pubblica (spesso confuso con *Community Health Nurse*, *Health Visitor* o *Community Nurse*) e soprattutto il suo target di popolazione, il suo ruolo, spesso generalista e dai contorni sfumati, le sue attività e le sue responsabilità, spesso sovrapponibili a quelle di altri professionisti come fisioterapisti e terapisti occupazionali (Philibin *et al.*, 2010).

Anche nel Regno Unito vi sono diversi nomi che identificano il PHN (*Health Visitor*, *Health Protection Nurse*, *School Nurse*, *Occupational Health Nurse* e *Sexual Health Advisor*), in questo Stato però è necessario specificare come l'infermieristica di sanità pubblica sia una specializzazione, pertanto dopo il conseguimento del titolo di infermiere e un percorso di formazione specialistica si ottiene il riconoscimento di *Specialist Community Public Health Nurse*. I PHN nel Regno Unito si caratterizzano per una sostanziale frammentazione poiché oltre ad essere suddivisi in vari indirizzi, come già visto, possono lavorare negli studi di medicina generale o nelle organizzazioni private e no-profit. L'indirizzo che si è sviluppato maggiormente è quello dell'*Health Visitor*, che è stato prevalentemente impegnato nella prevenzione primaria e nell'educazione sanitaria delle famiglie, in particolare dei bambini al di sotto dei cinque anni, tanto che nel 2015 il governo inglese ne ha previsto un incremento in termini di unità al fine di ridurre le disuguaglianze di salute e sostenere le famiglie a basso reddito (Conti *et al.*, 2021).

Un caso molto interessante è rappresentato, in particolare, dalla Scozia dove, in seguito alla pubblicazione del documento dell'OMS "L'Infermiere di Famiglia - Contesto, struttura concettuale e curriculum", si è sviluppato il primo progetto pilota per l'attivazione del *Family Health Nurse* (FHN) orientato alla presa in carico della famiglia e autonomo nell'erogazione delle cure, nel *decision-making*, nella comunicazione, nella leadership e nel management. Il FHN rappresenta in Scozia il primo punto di contatto per gli utenti con il servizio sanitario, effettua attività di screening, prende in carico la cronicità e promuove cambiamenti nello stile di vita. Si occupa sia della salute dei bambini che dei genitori, della tutela degli anziani e del supporto dei caregiver (Murray, 2008). La maggior parte dei FHN,

inoltre, ha completato programmi di formazione sulla prescrizione dei farmaci sulla base di protocolli e sui sistemi informatici per la gestione centralizzata della documentazione sanitaria (Conti *et al.*, 2021).

Fin dal 1974, invece, in Slovenia i servizi di infermieristica di famiglia e di comunità sono obbligatori per legge. Gli infermieri per anni hanno lavorato insieme ad ostetriche e ad assistenti sociali per garantire un unico servizio concentrato sulla famiglia e tutto l'arco della vita dei suoi membri. Dapprima più autonomo negli interventi di assistenza territoriale, in seguito a diverse riforme sanitarie, l'infermiere di famiglia e di comunità sloveno ad oggi è autonomo solo nella pianificazione delle attività preventive mentre per le visite domiciliari di tipo tecnico-assistenziale affida la responsabilità al medico di famiglia (Conti *et al.*, 2021).

Infine, tra le diverse esperienze europee, è importante prendere in considerazione l'esempio della Spagna, dove il servizio di cure primarie è considerato il migliore d'Europa. Tale servizio è organizzato in capillari centri di salute diffusi in tutto il Paese in cui lavorano team multiprofessionali composti principalmente da medici e infermieri specializzati in salute della famiglia e della comunità. Negli ultimi anni, a seguito delle numerose sfide imposte dalla sanità, sono emersi nuovi concetti, tra cui la possibilità dello “*task sharing*” tra medici e infermieri e dell'evoluzione e avanzamento del ruolo degli infermieri nel migliorare l'accesso alle cure primarie e l'assistenza ai malati cronici. Tuttavia, tali possibilità sono spesso ostacolate dalle incertezze sullo stesso ruolo ricoperto dagli infermieri specializzati e dalle disuguaglianze legislative tra le numerose comunità autonome spagnole (Hämel *et al.*, 2020). Attualmente, nei centri della salute, aperti 7 giorni su 7, 24 ore al giorno, vengono garantite: la gestione di situazioni acute e croniche, le attività preventive, riabilitative, palliative e le cure dentistiche di base. Alcuni centri sono attrezzati per l'attività diagnostica e per lo svolgimento di procedure chirurgiche minori. Il ruolo degli infermieri al loro interno è prevalentemente nell'ambito della promozione della salute, della prevenzione e della gestione della cronicità, attraverso attività ambulatoriali su appuntamento o a domicilio, gestite autonomamente o se necessario con il medico di famiglia e di comunità, destinate a singoli, gruppi di pazienti o alle scuole. Gli infermieri, dopo aver effettuato un accertamento clinico e sociale, possono anche prescrivere, sulla base di protocolli concordati nel centro della salute di riferimento, procedure diagnostiche semplici (ematochimiche e radiologiche),

con un elevato grado di autonomia nella gestione ed assistenza del paziente cronico (Hämel *et al.*, 2020).

Anche negli Stati Uniti d'America l'infermiere di famiglia deve essere specializzato nella promozione e nell'educazione alla salute attraverso l'ottenimento del diploma di laurea magistrale, che gli permette quindi di diventare *Advanced Practice Registered Nurse* (APRN) e assumere il titolo di *Family Nurse Practitioner* (FNP). Attraverso questo titolo, le principali attività che il FNP assume sono: la valutazione e la diagnosi delle condizioni di salute della popolazione, la conduzione di esami fisici di routine, lo sviluppo e la persecuzione di piani di cura per le malattie acute e croniche, l'apporto di assistenza primaria con particolare enfasi nella prevenzione, la prescrizione di farmaci e altre terapie, la prescrizione e l'interpretazione di esami di laboratorio o diagnostici in generale, l'assistenza in chirurgie minori e il rinvio del paziente al giusto specialista quando ce n'è bisogno.

Vi sono, inoltre, alcuni progetti riguardanti gli infermieri di famiglia statunitensi che sono particolarmente degni di nota, tra cui il *Nurse-Family Partnership* (NFP), un programma di visite domiciliari condotte dagli infermieri e destinate alle famiglie con più basso reddito in attesa del primo figlio, dalla gravidanza fino ai due anni di età del nascituro (Olds *et al.*, 2013); e un nuovo modello nel Virginia di centri satellite afferenti al dipartimento di salute nazionale, anche chiamati *Resource Centers* (RCs), in cui PHNs, operatori nella salute di comunità e FNPs lavorano insieme per educare la popolazione alla pianificazione familiare, all'educazione sessuale, alla sicurezza stradale e allo screening delle malattie sessualmente trasmissibili rinviando ai servizi sanitari, sociali e comunitari della zona gli utenti più fragili (Cooper *et al.*, 2021).

1.4 I progetti nazionali

Negli ultimi anni, anche in Italia, l'esigenza di rivedere i modelli di assistenza infermieristica territoriale e la sempre più corposa normativa a supporto della nuova figura professionale dell'IFoC, hanno permesso di sviluppare nelle varie regioni, contestualmente alle diverse realtà socio-sanitarie, progettualità e sperimentazioni di infermieristica di Famiglia e di Comunità di cui si fornisce esempio di seguito:

- il progetto Co.N.S.E.N.So. - *Community Nurse Supporting Elderly in a changing Society*, nell'ambito del Programma transnazionale di Cooperazione Territoriale Europea INTERREG Spazio Alpino 2014-2020. Il progetto si è proposto di favorire l'invecchiamento sano ed attivo della popolazione, permettendo agli anziani di vivere a casa il più a lungo possibile, attraverso il sostegno di interventi innovativi e proattivi centrati sulla figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità. Questo modello è stato sperimentato in cinque regioni dell'area alpina (Piemonte, Liguria, Provenza-Alpi-Costa Azzurra, Carinzia e Slovenia) per la durata di 36 mesi (2016-2018). Gli IFeC si sono occupati all'interno del progetto di offrire agli anziani, residenti in aree isolate rurali e montane, supporto nelle comuni attività di vita quotidiana, promozione dell'inclusione sociale, prevenzione degli incidenti domestici, assistenza in eventuali terapie e monitoraggio degli indicatori di salute, prevenzione di cronicizzazione, complicanze e ricadute di patologie pregresse, in stretta collaborazione con il medico di medicina generale, i servizi specialistici, i familiari, i badanti e i servizi socio-assistenziali.
- il progetto "Infermiere di Comunità" (IdC), sviluppatosi alla fine degli anni Novanta in una piccola Azienda Sanitaria della Provincia di Udine (l'Asl n.5 "Bassa Friulana") in Friuli-Venezia Giulia. Secondo i saperi disciplinari derivanti dalla teoria "relazionale della società", dalla teoria dello "*Human Caring*" e dal concetto di "*Community Care*", l'IdC è stato concepito come il professionista che 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. Egli non è solo un erogatore di *care*, ma è anche un attivatore di potenziali di *care*, attraverso la 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. Inoltre, se inizialmente, il modello di IdC, realizzato anche in altri territori regionali, è stato decisamente orientato agli strati di bisogno più complessi della popolazione (persone non trasportabili, pluripatologici gravi, non autosufficienti, malati terminali) assumendo la funzione di *case manager*, negli ultimi anni, si è iniziato a mettere in pratica anche una funzione di IdC *care/disease manager*, deputato alla gestione proattiva (medicina di iniziativa) di alcune patologie

croniche a larga diffusione (diabete, scompenso cardiaco, ecc.) e, in una prospettiva più avanzata, si è iniziato a progettare anche la realizzazione del ruolo di *population wide manager*, cioè di un IdC dedicato in toto o in parte alla promozione della salute (Pletti, 2022). La regione Friuli-Venezia Giulia ha previsto, infatti, 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.

- la sperimentazione del modello “Infermiere di Famiglia e di Comunità” in Toscana, in seguito approvato con la Delibera della Giunta Regionale n. 597 del 4 giugno 2018. Tale Delibera definisce l'IFeC attraverso le parole chiave prossimità alla famiglia e alla comunità, proattività, equità e multiprofessionalità, individuandone le funzioni nel: valutare lo stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita e della comunità; promuovere e partecipare ad iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte alla collettività; promuovere interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie e ai gruppi, atti a promuovere modificazioni degli stili di vita; presidiare e facilitare i percorsi nei diversi servizi presenti nella rete; pianificare ed erogare interventi assistenziali personalizzati, anche avvalendosi delle consulenze specifiche degli infermieri esperti (*wound care*, stomie e nutrizione artificiale domiciliare, ventilazione domiciliare, cure palliative, ecc.); promuovere l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi; partecipare alla verifica e al monitoraggio dei risultati di salute; sostenere i percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari residenziali e semi-residenziali; garantire le attività previste per la realizzazione degli obiettivi della sanità di iniziativa (uno dei nuovi modelli assistenziali adottati dalla Regione Toscana in riferimento al *Chronic Care Model*, basato sull'interazione proficua tra paziente informato, medici e infermieri); partecipare nell'integrazione professionale al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi terapeutici ed assistenziali, contribuendo alla relazione di cura, al rispetto delle volontà del paziente espresse nella pianificazione delle cure, anche in attuazione della Legge 219/17.
- la sperimentazione in alcune Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (Asst) in Lombardia dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità impiegato nelle cure primarie

come “supporto e supplenza” per affrontare la carenza di medici di medicina generale. Una sperimentazione poco chiara che ha dato origine fin da subito ad un dibattito tra ordini di professionisti sia medici che infermieristici.

- altre sperimentazioni dell'IFoC sono state recentemente attivate in Emilia-Romagna, Puglia e Val d'Aosta.

Nella Regione Veneto, invece, con le DGR n. 782 del 16/06/2020 e n. 1103 del 06/08/2020 che hanno recepito le disposizioni del DL 19 maggio 2020, n. 34, l'infermiere di famiglia è stato definito come il professionista, afferente all'Unità Operativa Complessa Cure Primarie del distretto di riferimento o presente nelle forme associative della Medicina Generale, che svolge la propria attività presso gli ambulatori distrettuali e il domicilio di pazienti non già presi in carico dall'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), con cronicità semplice e bassa complessità assistenziale. Come disposto dalla DGR n. 1866 del 29/12/2020 le aziende sanitarie, hanno introdotto progressivamente l'infermiere di famiglia mediante progetti pilota, in condivisione con i Medici di Medicina Generale (MMG), dando priorità alle zone geografiche in cui non erano presenti forme evolute di aggregazioni della medicina generale o era necessario potenziare gli studi medici periferici al fine di supportare la capillarità dell'assistenza.

Di seguito vengono riportate alcune esperienze pilota relative alla figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità che sono state implementate nella Regione:

AULSS 1 “Dolomiti”

Anno di avvio 2022
dell’iniziativa

Personale 3 infermieri

Formazione -2 con esperienza di cure domiciliari e formati con corsi ECM e 1 infermiere con master specifico, sono impegnati nell'ambito della presa in carico dell'utenza connotata da indicatori di fragilità

-formazione sul campo, indirizzata a circa 40 infermieri afferenti ad ADI, Ospedale di Comunità, Unità di Cure Palliative e COT, è stata finalizzata alla individuazione dei criteri per definire la complessità assistenziale e la successiva stratificazione dei target, nonché per la individuazione degli strumenti operativi

Descrizione dell’attività -presa in carico proattiva, condivisa con il Medico di Medicina Generale, l'analisi dei bisogni assistenziali, la formulazione del PAI, il supporto proattivo all'autocura attraverso l'educazione terapeutica e alla salute, il monitoraggio degli obiettivi clinico-assistenziali e l'orientamento/raccordo con la rete dei servizi

-ambito di intervento trasversale nei setting territoriali (ambulatorio, domicilio) di tre aree distrettuali definite, trovando collocazione prevalente nelle sedi distrettuali di prossimità in stretta connessione con MMG e Assistente Sociale di zona

AULSS 3 “Serenissima”

Anno di avvio 2021
dell’iniziativa

Personale 12 infermieri

Formazione -11 formati con corso aziendale e 1 con master specifico

-formazione attraverso tre progetti rivolti a focalizzare il modello assistenziale territoriale, gli strumenti operativi e la gestione della cronicità semplice, come formazione sul campo, coinvolgendo circa 60 infermieri

Descrizione dell’attività -presa in carico dell'utenza con complessità assistenziale medio-alta, della cronicità e della fragilità sociale con interventi proattivi di educazione terapeutica, promozione alla salute e monitoraggio, nei setting domiciliare, ambulatoriale e comunitario

-non essendo annoverati aspetti prestazionali di supporto diretto alla persona, le attività escludono utenti allettati (pazienti ADI) o in carico ad altri servizi territoriali (CSM/SERD...).

AULSS 4 “Veneto Orientale”

Anno di avvio 2021
dell’iniziativa

Personale 2 infermieri

Formazione -formazione con corso aziendale
-la formazione, che ha coinvolto circa 50 partecipanti di diversa qualifica (infermieri, medici, psicologi) è stata focalizzata sulla diffusione della conoscenza dell’infermieristica di famiglia e la definizione del modello assistenziale del team di infermieri di famiglia e comunità

Descrizione dell’attività -interventi nell'ambito della persona in salute sia nella presa in carico di utenza con complessità assistenziale medio-elevata a rischio di fragilità sociale: interventi proattivi di educazione e promozione, sia prestazioni di supporto diretto alla persona, nei setting domiciliare, ambulatoriale e comunitario;
-prioritariamente seguono ultra 75enni non in carico ad altri servizi, assicurando un collegamento diretto con i servizi sociali e le associazioni di volontariato.

AULSS 5 “Polesana”

Anno di avvio 2021
dell’iniziativa

Personale 3 infermieri

Formazione -2 formati con corso aziendale e 1 con master specifico
-la formazione svolta è stata finalizzata alla socializzazione del ruolo e delle competenze avanzate dell’infermiere di famiglia e comunità nella presa in carico della persona con il coinvolgimento di 25 professionisti tra infermieri, medici e psicologi.

Descrizione dell’attività -presa in carico dell'utenza con complessità assistenziale medio-alta-elevata.
-le attività comprendono il supporto proattivo/orientamento e l'educazione terapeutica e alla salute
-agiscono nel setting domiciliare valutando la natura del bisogno (sanitario o sociale) degli utenti segnalati, definendo la competenza sul caso e confrontandosi con il MMG.
Non sono annoverati aspetti prestazionali di supporto diretto alla persona.

AULSS 9 “Scaligera”

Anno di avvio dell’iniziativa	2023
Personale	6 infermieri
Formazione	-1 con master in coordinamento, 5 con master specifico -formazione aziendale estesa agli Infermieri delle forme associative della medicina generale
Descrizione dell’attività	-si rivolge all’utenza con cronicità semplice, autosufficiente, età > 65 anni, con patologia cronica rientrante nei 4 PDTA (BPCO, scompenso cardiaco, TAO e diabete), analogamente a quanto già implementato nelle MGI. Presa in carico prioritaria per: utenti non aderenti ai trattamenti, supporto del caregiver assente o inefficace, elevata richiesta di servizi sanitari. -assessment infermieristico, educazione di utente e famiglia finalizzata al recupero e al mantenimento dell'autonomia nella gestione della malattia e di alcune attività di vita quotidiana -coinvolgimento di MMG privi di supporto infermieristico, operanti nei territori delle Case della Comunità in attivazione

Fonte: Allegato A, DGR n.1123 del 19 settembre 2023.

Con la DGR n. 43 del 18 gennaio 2023 la Giunta regionale della Regione Veneto ha approvato le "Linee di indirizzo per la formazione regionale degli infermieri operanti sul territorio ad un approccio orientato all'infermieristica di famiglia e comunità" con cui sono state delineate le competenze dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC) e le modalità formative atte a garantire l'acquisizione omogenea di competenze base, negli infermieri del territorio, utili all'orientamento proattivo ai bisogni di salute della popolazione in uno specifico ambito territoriale e comunitario. Nello stesso provvedimento viene inoltre delineato quale target di interesse dell'infermieristica di famiglia o comunità la fascia di popolazione anziana con cronicità e la popolazione connotata da fragilità.

Successivamente, con decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 50 del 5 maggio 2023, è stato individuato il Gruppo di lavoro denominato "Infermiere di famiglia o comunità" e relativo coordinatore, con il mandato di produrre un elaborato di contenuto programmatico, contenente il modello organizzativo e professionale dell'infermieristica di

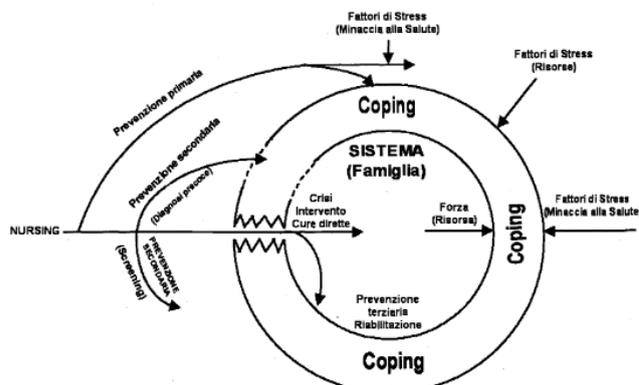
famiglia o comunità e la progettazione della formazione regionale del personale infermieristico del territorio finalizzata a potenziare un approccio orientato all'infermieristica di famiglia o comunità, approvato successivamente dalla Giunta Regionale con la DGR n.1123 del 19 settembre 2023.

1.5 L'offerta formativa

La struttura e l'organizzazione del percorso formativo per ottenere il titolo di Infermiere di Famiglia sono ancora oggetto di grande dibattito sia a livello internazionale che nazionale.

Come già esposto, il primo documento a fornire delle indicazioni sulla definizione del ruolo dell'Infermiere di Famiglia e sulla sua formazione è stato "L'Infermiere di Famiglia - Contesto, struttura concettuale e curriculum", pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'anno 2000. Tale documento prevedeva un corso strutturato a moduli della durata di 40 settimane, con modalità di svolgimento preferenziale a tempo pieno, al fine di formare Infermieri di Famiglia con lo scopo di raggiungere il pieno potenziale di Salute per tutti, attraverso la promozione e la protezione della salute delle persone lungo tutto l'arco della loro vita e la riduzione dell'incidenza e della sofferenza causate dalle principali malattie e lesioni. Secondo l'OMS la struttura concettuale che guida la pratica e quindi il percorso di formazione dell'Infermiere di Famiglia è basata sulla teoria dei sistemi, la teoria dell'interazione e la teoria dello sviluppo, dove il lavoro dell'Infermiere di Famiglia è rappresentato, quindi, dall'attività interattiva tra infermiere, famiglia e ambiente, con l'obiettivo finale 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. Per rendere possibile tutto questo, l'infermiere deve poter essere in grado di svolgere quattro tipi di intervento: la prevenzione primaria, secondaria e terziaria e interventi in caso di crisi/assistenza diretta (Figura 3).

Figura 3. L'Infermieristica di Famiglia: aiutare la famiglia a mantenere la salute ed adattarsi positivamente alle minacce alla salute

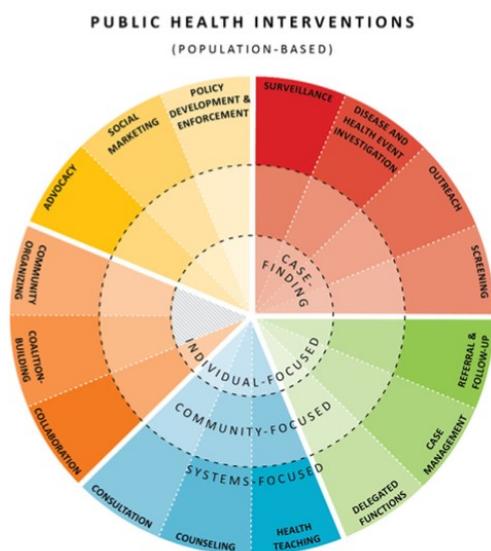


Fonte: L'Infermiere di Famiglia-Contesto, struttura concettuale e curriculum. Documento EUR/00/5019309/13

Grazie a questo documento "guida", perciò, i diversi Paesi aderenti al progetto "Health 21" hanno tratto negli anni i riferimenti per lo sviluppo di linee di indirizzo utili a creare curricula nazionali *ad hoc* per gli Infermieri di Famiglia.

È interessante riportare che, contemporaneamente, agli inizi del Ventunesimo secolo, negli Stati Uniti si andava sviluppando il *Public Health Intervention Model (PHI Model)*, anche chiamato "The Wheel", con l'intenzione di spiegare il lavoro dei *Public Health Nurses* del mondo secondo un linguaggio quanto più comune possibile. Il modello debutta inizialmente nel 2001 dal Dipartimento della Salute del Minnesota e identifica 17 interventi, suddivisi in 5 fette colorate e 3 livelli di *practice* (l'individuo/la famiglia, la comunità e il sistema). Nel corso degli anni il modello viene discusso e applicato in diversi Stati (ad esempio in Irlanda, in Nuova Zelanda, in Norvegia e nel Regno Unito), a partire dalle Università che lo utilizzano per introdurre gli studenti al mondo dell'infermieristica di famiglia e di comunità attraverso la focalizzazione sullo scopo della stessa, sui tipi di intervento e sui livelli di *practice*, piuttosto che sul luogo in cui agire gli interventi (a domicilio, nelle scuole, nelle cliniche, ecc.) (Schaffer *et al.*, 2022). In Figura 4 viene proposto un adattamento della "ruota" del 2019, anno in cui è stata pubblicata una nuova versione del modello che, essendo basato sulla popolazione, ha risentito dei cambiamenti della stessa e delle conseguenti politiche sanitarie.

Figura 4. Interventi di sanità pubblica basati sulla popolazione, 2019.



Fonte: Schaffer, M. A., Strohschein, S., & Glavin, K. (2022). Twenty years with the public health intervention wheel: Evidence for practice. *Public Health Nursing*, 39, 195–201.

Sulla base delle indicazioni OMS e del modello PHI, in diversi Paesi viene quindi istituito un percorso universitario specifico dedicato alla preparazione dei futuri infermieri di Famiglia. È il caso, ad esempio, della Scozia dove, tra le prime, l'Università di Stirling è stata incaricata dal governo di preparare un percorso formativo pilota orientato alla presa in carico della famiglia, per formare gli infermieri delle zone remote e rurali della nazione (Conti *et al.*, 2021).

Nel Regno Unito, come già accennato, le università offrono ad oggi la possibilità a infermieri e ostetriche già laureati di specializzarsi ulteriormente in diversi indirizzi di sanità pubblica diventando: *Health Visitors*, *District Nurses*, *Community Mental Health Nurses*, *School Nurses*, *Occupational Health Nurses*, ecc.

In Irlanda la formazione dei *Public Health Nurses* e in Svezia quella dei *District Nurses* è simile: richiede almeno sei anni, oltre a un minimo di 2 anni di pratica clinica certificata, si deve essere iscritti all'Albo come infermiere e poi conseguire un Master di 2 anni in sanità pubblica (Conti *et al.*, 2021).

Anche in Spagna l'infermiere può specializzarsi in assistenza primaria o di famiglia e comunità, ottenendo dapprima la laurea in infermieristica (percorso lungo 4 anni) e

successivamente portando a termine un programma formativo di 2 anni in un centro educativo multiprofessionale (Hämel *et al.*, 2020).

Nella realtà italiana, a seguito delle ultime linee di indirizzo pubblicate da AGENAS nel 2023, sono state individuate una serie di “competenze core” che l’Infermiere di Famiglia o di Comunità deve imprescindibilmente acquisire. Tali competenze, elencate di seguito, derivano dal profilo di competenza proposto dalla Società scientifica AIFEC nel 2018, dai risultati preliminari del già citato progetto europeo ENhANCE, dal *Position Statement* della FNOPI a riguardo dell’IFeC e dall’esperienza formativa dei Master di I livello in Infermieristica di Famiglia e di Comunità delle Università italiane che li hanno attivati.

L’Infermiere di Famiglia o di Comunità, quindi, attraverso la formazione specialistica post base, deve acquisire e implementare 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;
- 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 Medico di Medicina Generale, il Pediatra di Libera Scelta 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 Medici di Medicina Generale e con gli altri professionisti coinvolti;
- il monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed eventuale segnalazione di rischi/problematicità al Medico di Medicina Generale;
- 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 territorio;
- 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 Medici di Medicina Generale e gli altri professionisti;
- la collaborazione con il Medico di Medicina Generale, 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-management*;
- 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 (Chronic Disease Self-Management Program, Stanford University).

Ad oggi, 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 dall'Osservatorio Nazionale delle professioni sanitarie, istituito presso il Ministero dell'Istruzione e del Merito, e divulgato dal Ministero della Salute alle Regioni con circolare del 13 marzo 2019.

Un'approfondita analisi delle proposte formative presenti nel territorio italiano di Dal Corso (2022) segnala l'offerta di 25 Master di I livello, i cui contenuti *core* vengono riassunti nei moduli:

- Promozione della salute e educazione:
 - evoluzione del concetto di salute e benessere con l'approccio “*One Health*”, determinanti della salute e stili di vita; disuguaglianze e fattori di rischio per la salute;
 - azioni di sanità pubblica: prevenzione primaria, secondaria, terziaria e quaternaria;
 - modelli e strumenti di progettazione educativa mirati al singolo, alla famiglia, gruppo e comunità nei diversi setting di prevenzione e cura;
 - strumenti digitali;
 - differenze culturali.
- Valutazione e presa di decisione:
 - lettura della comunità attraverso l'analisi dei dati demografici ed epidemiologici e le reti di assistenza nel welfare;
 - mutamento della struttura e delle relazioni familiari nella società multiculturale;
 - la famiglia come variabile epidemiologica e strumenti di valutazione e di intervento centrati sulla famiglia;
 - la valutazione infermieristica, gestione clinico-assistenziale e sorveglianza delle condizioni di fragilità, non autosufficienza, disabilità fisica e intellettuale, disturbi psichici e condizioni di dipendenza;
 - infermieristica d'iniziativa;
 - strumenti di tele-monitoraggio e tele-assistenza.
- Presa in carico e coordinamento di percorsi:
 - linee di indirizzo nazionali e regionali per la prevenzione e la gestione della cronicità;

- struttura, funzionamento e meccanismi di integrazione delle cure primarie e della rete dei servizi territoriali;
 - politiche sociali per l'inclusione e ruolo delle amministrazioni e degli enti locali nella messa in campo di iniziative di promozione della salute all'interno della comunità;
 - sistemi di stratificazione dei bisogni della popolazione basati sulla complessità assistenziale e modelli efficaci di presa in carico;
 - strategie e strumenti per la pianificazione e la continuità assistenziale tra setting e servizi.
- Comunicazione e relazione:
- lavoro in team e pratica interprofessionale, lo sviluppo del lavoro di rete;
 - tecniche comunicative nella relazione terapeutica;
 - approcci comunicativi mirati al cambiamento e alla valorizzazione delle potenzialità.

Nonostante l'offerta formativa nazionale sia in espansione, è manifesta la necessità di avere un numero maggiore di Infermieri di Famiglia o di Comunità per l'implementazione di quanto previsto dalla Riforma dell'Assistenza Territoriale. Per coloro che non sono ancora in possesso del Master, si è quindi prevista la possibilità di realizzare percorsi formativi specifici di tipo regionale, progettati in collaborazione con gli Atenei, utili all'acquisizione delle competenze minime.

A tal proposito, la formazione proposta dalle linee di indirizzo AGENAS è di tipo “*Blended*”, articolata in moduli e accreditata ECM. Inoltre, al fine di consentire il completamento del percorso formativo con l'acquisizione del titolo accademico del Master, tale formazione viene specificato che sarà successivamente, previa specifica intesa, riconosciuta dalle Università per convalidare parte dei Crediti Formativi Universitari necessari per il conseguimento del titolo. Secondo AGENAS, i percorsi formativi Regionali dovrebbero avere genericamente una durata di 220 ore. 100 ore costituiscono le lezioni frontali (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 e deve essere svolto sul “campo”, in un setting appropriato per 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 devono essere dedicate alla stesura del *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. I contenuti *core* delle lezioni frontali articolate nei tre moduli sono:

- Modulo 1 Ruolo e responsabilità dell'IFeC:
 - il ruolo dell'IFeC e l'organizzazione sanitaria secondo il DM77;
 - azioni di sanità pubblica: prevenzione primaria, secondaria, terziaria e quaternaria;
 - i determinanti della salute e le politiche per la salute pubblica ed epidemiologia delle malattie croniche;
 - il piano nazionale per la cronicità 2020-25;
 - promozione, educazione alla salute e relazione d'aiuto;
 - investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita;
 - la fragilità nell'anziano;
 - psicodinamica della vita familiare e delle relazioni sociali.
- Modulo 2 Competenze specifiche dell'IFeC:
 - modelli organizzativi nell'infermieristica di famiglia e di comunità;
 - il case management infermieristico;
 - assessment infermieristico;
 - la visita infermieristica domiciliare;
 - il coinvolgimento della persona assistita;
 - l'autocura nel quadro della gestione della cronicità.
- Modulo 3 Organizzazione e strumenti:
 - metodologia della ricerca;
 - leggere una comunità: profilo demografico, dei servizi, istituzionale;
 - i processi di stratificazione della popolazione;
 - metodologia del lavoro di rete;
 - linee guida e PDTA;
 - Telemedicina/teleassistenza FSE e interoperatività con altri sistemi informativi.

1.6 La revisione della letteratura esistente

Negli ultimi vent'anni la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità si è sempre più sviluppata e affermata, assumendo maggiore importanza con la sua diffusione, sia a livello nazionale che internazionale. Ciò ha permesso, quindi, di esplorarne diversi aspetti attraverso la conduzione di numerosi studi.

A tal proposito, Dellafiore *et al.* hanno condotto nel 2022 una puntuale revisione sistematica dello stato dell'arte delle più recenti evidenze a supporto dell'IFeC. Da tale revisione è emerso come la letteratura su questa relativamente nuova figura professionale sia ricca ma molto eterogenea. Gli autori, infatti, hanno distinto 5 temi interpretativi di cui tutti i 90 articoli selezionati si sono principalmente occupati: la pratica clinica, le competenze *core*, gli *outcomes*, i modelli organizzativi ed educativi e i programmi di *training* avanzato.

Tra gli articoli che in letteratura trattano questi temi ve ne sono, poi, anche diversi di italiani: come lo studio che ha confrontato le competenze *core* del *Position Statement* della FNOPI con quelle ottenute dai primi risultati del progetto ENhANCE, a cui poi sono state integrate altre competenze individuate nel Modello Tuning, dedicato alla formazione post-base, al fine di standardizzare i progetti formativi delle Università italiane (Camedda *et al.*, 2021) o lo studio pilota che ha descritto il primo Master avviato all'Università di Genova sull'Infermiere di Famiglia e di Comunità, i risultati di apprendimento ottenuti e le competenze acquisite dagli studenti in seguito al percorso formativo seguito (Musio *et al.*, 2022).

Alcuni studi si sono concentrati, invece, nel definire dettagliatamente la storia, la definizione e l'evoluzione del ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità in Italia (D'Onofrio *et al.*, 2022), in Spagna (Pisano González *et al.*, 2019) e in diverse nazione europee (Conti *et al.*, 2021). In particolare, in uno studio di Marcadelli *et al.* del 2019 viene approfondito lo sviluppo del ruolo dell'IFeC in Italia dal punto di vista organizzativo, politico e teoretico. Ciò che emerge dalle opinioni degli infermieri già attivi nelle cure primarie e dall'analisi dei piani di salute regionali e della normativa riguardante l'assistenza infermieristica alla famiglia e alla comunità, è che l'IFeC si realizza nello svolgimento di attività in grado di generare innovazione sociale. Innovazione sociale che risulta determinante nel fornire nuovi

servizi sulla base dei bisogni della popolazione e nel creare nuovi ruoli per gli operatori della salute.

Dalla letteratura e dall'opinione degli esperti emerge quindi chiaramente che l'IFeC ha l'occasione di trovare un nuovo spazio di sperimentazione e maggiori opportunità di crescita, anche se talvolta con difficoltà, soprattutto in Italia.

A tal proposito, Barisone nel 2023 ha svolto uno studio etnografico in un servizio di cure primarie del Nord Italia, esplorando tra alcuni degli Infermieri di Famiglia o di Comunità le esperienze di comunicazione e interazione professionale tra professionista e paziente, gli interventi promossi e le sfide affrontate quotidianamente e tra i loro pazienti e rispettivi *caregivers* le esperienze di cura con gli IFoC. La natura etnografica dello studio ha permesso di analizzare il modello culturale dell'IFoC adottato in una piccola area geografica italiana, evidenziando come il ruolo di questa figura sanitaria debba ancora essere riconosciuto e potenziato in relazione al contesto epidemiologico locale, all'organizzazione locale delle strutture sanitarie e alla cultura propria della popolazione di riferimento.

Numerosi altri studi in letteratura, soprattutto qualitativi, sono stati condotti sulle esperienze e sulle percezioni degli Infermieri di Famiglia e di Comunità a proposito, ad esempio, del percorso di formazione e di tirocinio seguito prima di acquisire il titolo di IFeC in Spagna (dove è emerso che seppure il corso fosse altamente utile e professionalizzante gli infermieri al termine erano delusi dal mancato riconoscimento del ruolo e delle competenze acquisite) (Sánchez-Muñoz *et al.*, 2023) o a proposito dell'evoluzione del loro lavoro e come il lavoro stesso viene gestito in una regione canadese (dove, invece, è emerso che le scelte manageriali imposte ai *Public Health Nurses* circa i compiti assegnati, le regole impartite e una più ristretta allocazione delle risorse influenza di gran lunga il lavoro "visibile" dei PHNs) (Royer, 2011).

Nel 2020, è stato condotto da Drevdahl *et al.* anche uno studio qualitativo secondario sulla visione del ruolo lavorativo di alcuni *Public Health Nurses* negli Stati Uniti e su come il loro ruolo influenza il processo di *decision-making*. La riflessione che emerge sul ruolo dei PHNs risulta essere molto interessante in quanto gli autori riportano che gli infermieri che si occupano di sanità pubblica assumono spesso una doppia identità, una incentrata

nell'assistenza diretta e, quindi, nel fornire prestazioni cliniche e l'altra focalizzata sulla popolazione e sulla soddisfazione dei bisogni di salute della stessa.

Tra tutti gli articoli individuati in letteratura, sono decisamente scarsi quelli che si occupano di analizzare la relazione tra Infermieri di Famiglia e di Comunità o *Public Health Nurses* e Medici di Medicina Generale o Medici delle Cure Primarie. Uno tra questi si è occupato di definire le caratteristiche demografiche e le attività cliniche di alcuni *Primary Care Nurse Practitioners* e di compararle con quelle di alcuni *Primary Care Medical Doctors*. È emerso come i *Nurse Practitioners* fossero più inclini a lavorare nel territorio, che i servizi offerti dalle due figure fossero molto simili e che, tuttavia, aumentare il numero di *Nurse Practitioners* nel territorio potesse migliorare la collaborazione tra professionisti, favorire il lavoro di gruppo e permettere un più ampio accesso alle cure soprattutto alla popolazione più vulnerabile (Buerhaus *et al.*, 2015).

Uno studio più recente ha avuto lo scopo, invece, di descrivere le esperienze di alcuni medici che hanno contribuito alla formazione dei *Family Nurse Practitioners* in Israele e allo sviluppo di strategie di implementazione della nuova figura professionale nel servizio sanitario israeliano. I risultati evidenziano che i medici coinvolti hanno creduto che il partneriato con i *Nurse Practitioners* potesse migliorare l'assistenza al paziente e che il progetto condotto potesse essere d'esempio per l'integrazione dei *Family Nurse Practitioners* nei Paesi in cui ruoli infermieristici più avanzati non sono supportati e riconosciuti (Andrews *et al.*, 2021).

Infine, nel contesto italiano, è interessante riportare una riflessione di D'Onofrio *et al.* del 2022 circa il Medico di Medicina Generale, che in risposta alle esigenze di salute di oggi e di domani, dovrebbe essere riconosciuto a pieno titolo come uno specialista. Più nello specifico dovrebbe essere riconosciuto come un manager clinico, in grado di collaborare con le altre figure professionali e soprattutto con la figura specializzata dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, che invece dovrebbe avere il ruolo di *case manager*, in un rapporto sinergico e non subordinato.

1.7 Il problema di studio e il quesito di ricerca

Come è possibile notare dalla revisione della letteratura esistente, non sono stati individuati studi mirati ad esplorare nel contesto italiano, in particolare, le attese personali e professionali degli infermieri che si propongono per Infermiere di Famiglia o di Comunità, poiché tale figura è stata istituita di fatto senza un vero dibattito culturale che ne precedesse la definizione. Inoltre, non sono ancora diffusi studi dedicati ad esplorare le attese dei Medici di Medicina Generale, primi collaboratori dell'IFoC, e dei Direttori di Distretto, responsabili dell'inserimento e della gestione degli IFoC nell'area territoriale, circa il ruolo stesso degli Infermieri di Famiglia o di Comunità.

Non risultando indagata la dimensione delle aspettative degli infermieri che si sono rivolti o che sono stati assegnati alla funzione di Infermiere di Famiglia o di Comunità e non risultando indagata la dimensione delle aspettative dei Medici di Medicina Generale e dei Direttori di Distretto circa il ruolo dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità, emerge, dunque, un vuoto di conoscenza che si tenterà di colmare attraverso il seguente quesito di ricerca: “Quali sono le attese di sviluppo professionale, personale e di servizio legate alla figura dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità?”

1.8 L'obiettivo di ricerca

L'obiettivo di tale studio consiste nel disporre di una mappa sulle aspettative di ruolo degli studenti del Master di I livello in “Infermiere di Famiglia e di Comunità” e degli Infermieri di Famiglia o di Comunità, in rapporto anche alla prospettiva dei Medici di Medicina Generale e dei Direttori di Distretto.

CAPITOLO II. METODOLOGIA

2.1 Disegno dell'indagine

Al fine della risoluzione del quesito di ricerca formulato è stato condotto uno studio esplorativo fenomenologico con la metodologia della percezione tematica per indagare la natura delle attese sull'Infermiere di Famiglia o di Comunità.

2.2 Campionamento, setting di ricerca e periodo

I soggetti coinvolti nello studio sono stati reclutati tramite campionamento di convenienza, su base volontaria, e sono stati individuati nei seguenti professionisti: studenti del Master di I livello in “Infermiere di Famiglia e di Comunità”, Infermieri di Famiglia o di Comunità, Medici di Medicina Generale e Direttori di Distretto.

Lo studio è stato condotto in Veneto, più precisamente in una zona del Veneto compresa tra l'Università degli Studi di Padova e le Aziende Socio-Sanitarie situate nella zona sud-orientale della regione.

Prima di procedere alla raccolta dati, infatti, sono state chieste le seguenti autorizzazioni:

- all'Università degli Studi di Padova, per il reclutamento degli Studenti del Master di I livello in “Infermiere di Famiglia e di Comunità” iscritti all'Anno Accademico 2023/2024;
- alle Direzioni Generali, Direzioni Sanitarie, Direzioni dei Servizi Socio-Sanitari e Direzioni delle Professioni Sanitarie di quattro Aziende Unità Locali Socio-Sanitarie (AULSS) del Veneto (AULSS 2 “Marca Trevigiana”, AULSS 3 “Serenissima”, AULSS 4 “Veneto Orientale” e AULSS 5 “Polesana”), per il reclutamento degli Infermieri di Famiglia o di Comunità già attivi nel territorio e per il reclutamento dei Direttori di Distretto;
- ai Coordinatori di alcune delle Medicine di Gruppo convenzionate con le quattro Aziende Socio-Sanitarie di cui sopra, scelte in base alla facilità di reperimento dei

contatti dei coordinatori via web, per il reclutamento dei Medici di Medicina Generale.

Il reclutamento dei professionisti coinvolti nello studio è avvenuto quindi secondo diverse modalità:

- dopo l'autorizzazione dell'Università degli Studi di Padova, è stato organizzato in accordo con il Direttore del Master di I livello in "Infermiere di Famiglia e di Comunità" un incontro di presentazione agli studenti in cui sono state illustrate le finalità dello studio di tesi e l'impegno richiesto ad ogni partecipante volontario. Al termine dell'incontro sono stati raccolti i recapiti degli studenti interessati alla partecipazione;
- dopo l'autorizzazione delle Direzioni delle AULSS, tramite le informazioni pubblicate nei siti aziendali, sono stati contattati i Direttori e i Coordinatori delle Unità Operative cui afferiscono gli Infermieri di Famiglia o di Comunità per ottenere a sua volta i nominativi e i recapiti dei singoli professionisti, poi raggiunti individualmente tramite numero di telefono o mail. Sono state contattate, inoltre, le segreterie delle Direzioni di Distretto per fissare gli appuntamenti con i Direttori di Distretto interessati alla partecipazione;
- i recapiti dei Coordinatori delle Medicine di Gruppo sono stati ottenuti dopo un'approfondita ricerca online e dopo aver contattato le rispettive segreterie degli ambulatori integrati. Ai Coordinatori è stato illustrato il progetto di ricerca telefonicamente e via mail e, in seguito a discussione con i colleghi, essi hanno provveduto a fornire i recapiti dei singoli Medici di Medicina Generale disponibili alla partecipazione.

Sono stati contattati in totale 30 studenti del Master di I livello in "Infermiere di Famiglia e di Comunità", 29 Infermieri di Famiglia o di Comunità, 48 Medici di Medicina Generale e 7 Direttori di Distretto. Tra tutti i professionisti contattati, sono stati coinvolti solo coloro i quali hanno espresso la volontà libera e informata di partecipare allo studio. Non si conoscono le motivazioni del rifiuto di coloro i quali non hanno acconsentito di partecipare.

Dopo l'invio delle richieste di autorizzazione alla raccolta dati e il reclutamento, l'effettiva raccolta dati è avvenuta da dicembre 2023 a febbraio 2024.

2.3 Variabili di osservazione

La raccolta dati è stata divisa in due parti: inizialmente è stato sottoposto un questionario sociodemografico allo scopo di individuare variabili quantitative e qualitative in grado di inquadrare i professionisti coinvolti, quindi è stata condotta un'intervista semi-strutturata allo scopo di rilevare variabili valutate su aspetti o caratteri qualitativi in grado di soddisfare il quesito di ricerca.

Il questionario sociodemografico, in particolare, ha permesso di osservare le seguenti variabili per ogni soggetto coinvolto nello studio: il genere, l'età, la professione, la sede di lavoro, l'esperienza lavorativa e gli anni di servizio.

L'intervista, invece, ha permesso di osservare diverse variabili legate ad aspetti qualitativi, quali opinioni, punti di vista e contributi personali, utili a mappare le attese di sviluppo professionale, personale e di servizio legate alla figura dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità dei diversi soggetti coinvolti nello studio.

2.4 Strumenti e attività di raccolta dati

La raccolta dati è avvenuta secondo il principio della saturazione dei dati, raggiunta con la sedicesima intervista agli studenti del Master di I livello in "Infermiere di Famiglia e di Comunità", con la diciottesima intervista agli Infermieri di Famiglia o di Comunità, con la quinta intervista ai Medici di Medicina Generale e con la quinta intervista ai Direttori di Distretto.

Nello specifico, l'attività di raccolta dati si è svolta durante numerosi incontri online sulla piattaforma Zoom, organizzati con i singoli partecipanti sulla base dei loro impegni personali (un incontro per ogni partecipante) e per cui è stata prevista la durata massima di 30 minuti.

Ogni incontro è stato strutturato in tale modo:

- inizialmente, il professionista è stato ringraziato per la disponibilità e nuovamente informato sulle finalità dello studio condotto;

- al professionista, successivamente, sono stati resi noti i suoi diritti in quanto partecipante allo studio, così come i doveri dell'autrice della tesi di laurea in quanto soggetto incaricato della conservazione e del trattamento dei dati personali per motivi di ricerca scientifica, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR), recante disposizioni a tutela della Privacy;
- è stato chiesto il consenso al professionista, quindi, di avviare la registrazione e solo in seguito all'avvio, di leggere ad alta voce il consenso alla partecipazione alla raccolta dati e al trattamento dei dati personali (Allegato 1);
- sotto registrazione è stato somministrato oralmente al partecipante il questionario sociodemografico;
- dopo aver ribadito al partecipante di sentirsi libero di esprimere le proprie opinioni, è stata condotta l'intervista semi-strutturata;
- infine, il partecipante è stato nuovamente ringraziato e congedato, con la promessa di un ritorno sullo studio condotto se richiesto.

Il questionario sociodemografico somministrato è lo stesso per ogni soggetto coinvolto, ma sono state elaborate diverse domande aperte “guida” per l'intervista semi-strutturata a seconda del professionista interpellato. Di seguito vengono riportate le domande poste ad ogni partecipante, suddivise per destinatario.

Studente del Master di I livello in “Infermiere di Famiglia e di Comunità”

- “Cosa si aspetterebbe lavorando come Infermiere di Famiglia e di Comunità?”
- “Cosa riterrebbe stimolante del ruolo di Infermiere di Famiglia e di Comunità?”
- “Cosa la metterebbe in difficoltà del lavoro in qualità di Infermiere di Famiglia e di Comunità?”
- “Come vede verso il futuro del ruolo dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità?”
- “Che crescita vede nel ruolo dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità?”
- “Cosa pensa potrebbe entrare in gioco nel determinare il futuro dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità?”

Infermiere di Famiglia e di Comunità

- “Cosa si aspettava quando ha iniziato a lavorare come Infermiere di Famiglia e di Comunità?”

- “Cosa ritiene stimolante della sua esperienza in atto in quanto Infermiere di Famiglia e di Comunità?”
- “Cosa la mette in difficoltà nel suo lavoro in qualità di Infermiere di Famiglia e di Comunità?”
- “Come vede verso il futuro del ruolo dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità?”
- “Che crescita vede nel ruolo dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità?”
- “Cosa pensa potrebbe entrare in gioco nel determinare il futuro dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità?”

Medico di Medicina Generale

- “Come vede la dimensione dell’assistenza infermieristica territoriale rispetto a quella medica?”
- “Quali ambiti di iniziativa/ di partecipazione attiva ritiene dovrebbe assumere l’Infermiere di Famiglia e di Comunità?”
- “Come ritiene sarà il futuro dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità?”
- “Che gratificazioni/conferme potrà trovare nel lavoro dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità?”

Direttore di Distretto

- “Come vede l’ambito dell’assistenza e cosa ritiene interessante dell’esperienza dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità?”
- “Quali ambiti di iniziativa/ di partecipazione attiva ritiene dovrebbe assumere l’Infermiere di Famiglia e di Comunità?”
- “Come ritiene sarà il futuro dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità?”
- “Che gratificazioni/conferme potrà trovare nel lavoro dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità?”

Le domande delle interviste non sono state testate prima della somministrazione e non sono stati presi appunti durante o dopo gli incontri. Ogni incontro è stato organizzato e condotto dall’autrice della tesi di laurea, che non conosceva personalmente i partecipanti prima delle interviste. Le registrazioni degli incontri, sia audio che video, sono state conservate dall’autrice della tesi di laurea in una memoria esterna (Hard Disk Drive) trattenuta in un luogo sicuro e inaccessibile ed è prevista la loro eliminazione in seguito alla redazione dello

studio e della tesi di laurea. Le registrazioni delle interviste sono state trascritte *verbatim* al fine della rielaborazione dei dati.

2.5 Metodo di analisi

I dati raccolti sono stati elaborati in modo aggregato, così da mantenere la tutela dell'anonimato su tutte le informazioni condivise dai partecipanti.

Ad ogni partecipante è stato assegnato un codice alfanumerico rappresentato da una lettera identificativa della sua professione (S = Studente del Master di I livello in “Infermiere di Famiglia e di Comunità”, I = Infermiere di Famiglia o di Comunità, M = Medico di Medicina Generale, D = Direttore di Distretto), seguita da una cifra progressiva a seconda dell'ordine cronologico in cui è stato intervistato (es. “S1”, “S2”, ...).

I dati raccolti con il questionario sociodemografico sono stati inseriti in un database, adattato al foglio di lavoro Excel, per rendere più semplice l'applicazione degli indici di statistica descrittiva utilizzati per la rappresentazione del campione (frequenza e media). I dati inseriti nel database corrispondono alle variabili di osservazione quantitative e qualitative elencate in precedenza (genere, età, professione, sede di lavoro, esperienza lavorativa e anni di servizio). In ogni riga compaiono, perciò, i dati corrispondenti ad un partecipante: nella prima colonna si trova il codice alfanumerico e nelle successive ogni variabile indagata con il questionario.

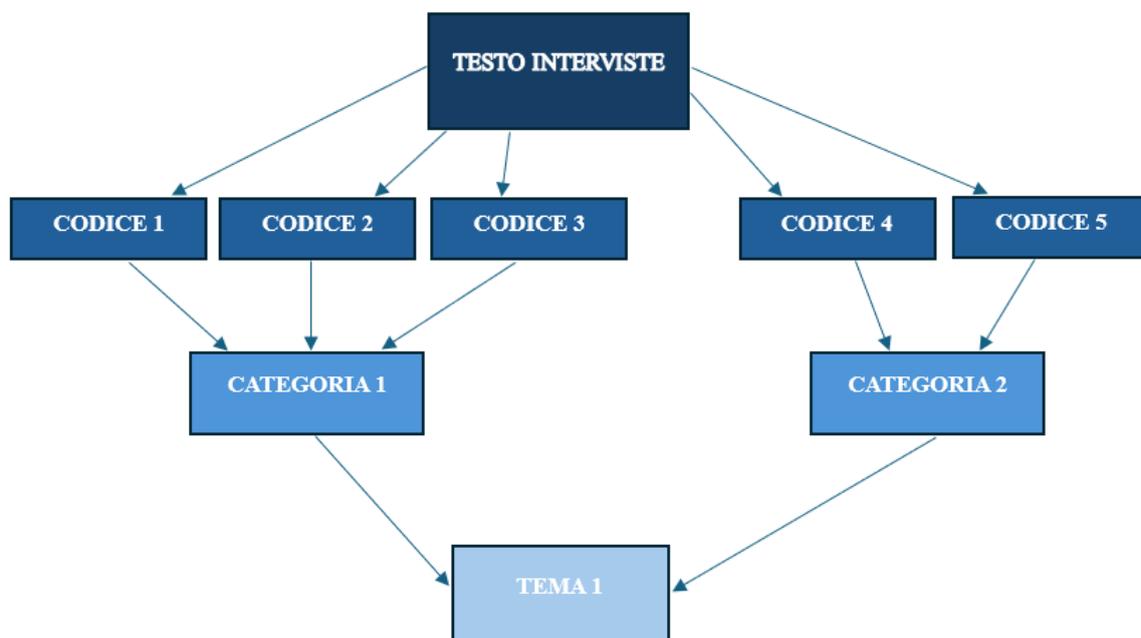
Per l'elaborazione dei dati ricavati dalle interviste semi-strutturate si è ricorso, invece, al supporto del software Atlas.ti, attraverso il quale con il metodo di Analisi Tematica (Braun & Clarke, 2006), applicabile a studi di natura esplorativa di un fenomeno come quello oggetto di tale tesi, è stato possibile:

- leggere e familiarizzare con le trascrizioni delle registrazioni, in particolare annotando le voci di potenziale interesse;
- generare i codici iniziali;
- accorpare i codici generati in categorie;
- ricercare i temi ricorrenti delle interviste attraverso le categorie;

- rivedere i temi individuati producendo una “mappa tematica” contenente i temi provvisori, le categorie e i codici e le relazioni tra questi;
- definire e nominare i temi utili a soddisfare il quesito di ricerca.

La metodologia di ricerca usata per questo studio prevede che i temi vengano identificati secondo l’approccio “*bottom-up*” o induttivo, sulla base di ciò che realmente è contenuto nei dati raccolti, senza rendere necessaria l’esplorazione di particolari ipotesi teoriche o lasciando che queste influenzino l’analisi condotta come nell’approccio “*top-down*” (Braun & Clarke, 2013). In Figura 5 vengono schematizzati gli step di analisi qualitativa svolta secondo l’approccio induttivo descritto. Inoltre, in accordo con il metodo fenomenologico di Cohen, si è tentato di mettere “tra parentesi” le idee personali e i preconcetti sul fenomeno in studio, riflettendo criticamente in modo da ridurre la possibilità di influenzare la corretta estrapolazione dei temi (Cohen et al., 2012).

Figura 5. Approccio induttivo dell’analisi qualitativa svolta.



Nel primo step di familiarizzazione con i dati raccolti sono state annotate tutte le voci di interesse circa il ruolo dell’IFoC, le principali attività e le difficoltà di implementazione del servizio riscontrate ad oggi. Successivamente però, nell’attività di codifica del testo, sono state prese in considerazione tutte le espressioni utilizzate dai professionisti in grado di

racchiudere aspettative, speranze, attese, credenze, proiezioni, suggerimenti, consigli, incertezze, dubbi, punti di vista, considerazioni e opinioni che potessero rispondere esclusivamente al quesito di ricerca. Spesso, si è reso necessario abbandonare alcuni codici creati poiché ridondanti, raggruppando alcune citazioni individuate come utili sotto un codice già esistente e dal significato simile.

Una volta generati i codici definitivi, è stato utile sfruttare gli strumenti forniti dal software Atlas.ti per disporre una mappa concettuale in grado di far emergere dapprima le categorie in cui raccogliere i vari codici e successivamente i temi più ricorrenti emersi dall'analisi delle interviste. In questa fase, è stato fondamentale avere la possibilità di tornare alle citazioni evidenziate nel testo per studiare i nomi da attribuire alle categorie e ai temi individuati.

L'autrice dell'indagine qualitativa, prima della stesura dell'elaborato di tesi, si è confrontata sui temi estrapolati dalle interviste con un secondo revisore.

Attraverso il software Atlas.ti è stato possibile, inoltre, ragionare sulla distribuzione dei codici nelle interviste dei diversi professionisti coinvolti, valutando eventuali similitudini o differenze nelle aspettative di studenti, infermieri, medici e direttori.

Infine, per la stesura e revisione di questo elaborato di tesi sono stati consultati gli *items* della *checklist* COREQ (*C*onsolidated *c*riteria for *R*eporting *Q*ualitative *r*esearch) includendo tutte le informazioni rilevanti in funzione dello stesso elaborato.

CAPITOLO III. RISULTATI

3.1 Presentazione del campione

I professionisti contattati che hanno accettato di partecipare a tale indagine sono in totale 49: di questi, 16 sono studenti del Master di I livello in “Infermiere di Famiglia e di Comunità”, 22 sono Infermieri di Famiglia o di Comunità, 6 sono Medici di Medicina Generale e 5 sono Direttori di Distretto. Il campione è in maggioranza femminile (77.6%), mentre per i Medici di Medicina Generale la maggioranza è maschile (66.7%) (Tabella 1).

Tabella 1. Descrizione del campione secondo la variabile “Genere”.

Professione	Genere	
	M (%)	F (%)
Studenti Master “Infermiere di Famiglia e di Comunità”	2 (12.5%)	14 (87.5%)
Infermieri di Famiglia o di Comunità	4 (18.2%)	18 (81.8 %)
Medici di Medicina Generale	4 (66.7%)	2 (33.3%)
Direttori di Distretto	1 (20.0%)	4 (80.0%)
	11 (22.4%)	38 (77.6%)

L’età media del campione, pari a 43.9 anni, aumenta progressivamente dalla categoria degli studenti, a quella degli Infermieri, a quella dei Medici e per finire alla categoria dei Direttori di Distretto. (Tabella 2).

Tabella 2. Descrizione del campione secondo la variabile “Età”.

Professione	Età		
	Media	Min.	Max.
Studenti Master “Infermiere di Famiglia e di Comunità”	33.7	25	48
Infermieri di Famiglia o di Comunità	45.3	29	59
Medici di Medicina Generale	50.8	33	63
Direttori di Distretto	62.2	58	67
	43.9	25	67

L'Azienda socio-sanitaria da cui proviene la maggior parte dei partecipanti allo studio è l'Azienda ULSS 2 "Marca Trevigiana (28.6%), seguita dall'Azienda ULSS 3 "Serenissima" (20.4%), dall'Azienda ULSS 5 "Polesana" (12.2%) e dall'Azienda ULSS 4 "Veneto Orientale" (10.2%). Tuttavia, la maggior parte degli studenti del Master in "Infermiere di Famiglia e di Comunità" aderenti allo studio, proviene da una sede di lavoro situata nella Regione Veneto ma che non fa parte delle Aziende sopra nominate (75.0%) (Tabella 3). I due studenti intervistati che hanno dichiarato di lavorare fuori dalla Regione Veneto (12.5%) svolgono il loro servizio nelle regioni Friuli-Venezia Giulia e Trentino-Alto Adige.

Tabella 3. Descrizione del campione secondo la variabile "Sede di lavoro".

Professione	Sede di lavoro					
	AULSS 2 (%)	AULSS 3 (%)	AULSS 4 (%)	AULSS 5 (%)	Regione Veneto (%)	Fuori regione (%)
Studenti Master "Inf. di Famiglia e di Comunità"	2 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12 (75.0%)	2 (12.5%)
Infermieri di Famiglia o di Comunità	9 (40.9%)	7 (31.8%)	4 (18.2%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Medici di Medicina Generale	1 (16.7%)	2 (33.3%)	0 (0.0%)	3 (50.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Direttori di Distretto	2 (40.0%)	1 (20.0%)	1 (20.0%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	14 (28.6%)	10 (20.4%)	5 (10.2%)	6 (12.2%)	12 (24.5%)	2 (4.1%)

Nel complesso, il campione presenta gran parte della sua esperienza lavorativa in area medica (79.6%) e nell'area dell'assistenza domiciliare (49.0%). In particolare, ciò è riscontrabile nella categoria degli studenti, degli Infermieri e dei Medici di Medicina Generale. I Direttori di Distretto, invece, non essendo in tutti i casi medici ma talvolta assistenti sociali, psicologi e sociologi, hanno precisato come la loro esperienza lavorativa coinvolgesse diverse attività socio-sanitarie e di coordinamento e/o direzione di servizi di igiene e sanità pubblica (80%) (Tabella 4). In legenda, sono state inserite tutte le Unità Operative e i Servizi citati dai professionisti, raccolti in sei aree distinte: medica, chirurgica, domiciliare, emergenza, libera professione e altro.

Tabella 4. Descrizione del campione secondo la variabile “Esperienza lavorativa”.

Professione	Esperienza lavorativa*					
	A. medica (%)	A. chirur. (%)	A. domic. (%)	A. emerg. (%)	Libera prof. (%)	Altro (%)
Studenti Master “Inf. di Famiglia e di Comunità”	15 (93.8%)	5 (31.3%)	6 (37.5%)	3 (18.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Infermieri di Famiglia o di Comunità	18 (81.8%)	10 (45.5%)	11 (50.0%)	7 (31.8%)	2 (9.1%)	5 (22.7%)
Medici di Medicina Generale	3 (50.0%)	0 (0.0%)	4 (66.7%)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)
Direttori di Distretto	3 (60.0%)	0 (0.0%)	3 (60.0%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	4 (80.0%)
	39 (79.6%)	15 (30.6%)	24 (49.0%)	12 (24.5%)	3 (6.1%)	9 (18.5%)

***Legenda**

Area medica: Ambulatorio Medico, Cardiologia, Centro Antidiabetico, Centro Disabili, Centro Diurno, Dialisi, Gastroenterologia, Geriatria, Hospice, Lungodegenza, Malattie Infettive, Medicina Fisica Riabilitativa, Medicina Generale, Medicina di Gruppo Integrata, Medicina del Piede Diabetico, Medicina d’Urgenza, Neurologia, Oncologia, Ospedale di Comunità, Pneumologia, Residenza Sanitaria Assistenziale

Area chirurgica: Cardiochirurgia, Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica, Chirurgia d’Urgenza, Chirurgia Vascolare, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Otorino-Maxillo-Plastica-Oculistica, Sala Parto, Sala Operatoria, Urologia

Area domiciliare: Assistenza Domiciliare Integrata, Centro di Salute Mentale, Continuità Assistenziale, Cure Palliative, Cure Primarie

Area emergenza: Ambulanza, Pronto Soccorso, Stroke Unit, Terapia Intensiva, Unità Coronarica

Libera professione: Libera Professione, Unità Speciali di Continuità Assistenziale

Altro: Anatomia Patologica, Coordinamento, Igiene Pubblica, Laboratorio Analisi, Qualità, Servizi Socio-Sanitari (Area Materno-Infantile, Disabilità, Età evolutiva, Handicap, Servizio per le Dipendenze patologiche, Tutela minori), Task Force Covid, Tutoraggio Corso di Laurea in Infermieristica, Ufficio Relazioni con il Pubblico

I Direttori di Distretto e gli Infermieri di Famiglia o di Comunità detengono la media più alta di anni di servizio (rispettivamente 34.0 e 21.0 anni) ben sopra la media complessiva del campione di 18.8 anni (Tabella 5).

Tabella 5. Descrizione del campione secondo la variabile “Anni di servizio”.

Professione	Anni di servizio		
	Media	Min.	Max.
Studenti Master “Infermiere di Famiglia e di Comunità”	11.2	2	29
Infermieri di Famiglia o di Comunità	21.0	6	40
Medici di Medicina Generale	18.2	2	30
Direttori di Distretto	34.0	29	39
	18.8	2	40

Infine, in Tabella 6 vengono illustrate le durate medie in minuti delle interviste condotte ai diversi professionisti. La durata media delle interviste è stata complessivamente di 18.6 minuti. Con i Medici di Medicina Generale le interviste mediamente hanno avuto durata più breve (15.8 minuti), al contrario di quelle con i Direttori di Distretto, mediamente più lunghe di tutte (23.2 minuti).

Tabella 6. Descrizione della durata delle interviste secondo categoria professionale.

Professione	Durata interviste		
	Media	Min.	Max.
Studenti Master “Infermiere di Famiglia e di Comunità”	18.6	11	29
Infermieri di Famiglia o di Comunità	18.3	11	33
Medici di Medicina Generale	15.8	9	24
Direttori di Distretto	23.2	16	29
	18.6	9	33

3.2 Risultati dell’indagine qualitativa

L’analisi delle interviste trascritte è stata condotta dapprima con l’individuazione delle citazioni più utili nei testi a soddisfare il quesito di ricerca e successivamente tramite la codifica delle variabili qualitative contenute in tali voci. Questa operazione si è conclusa con l’assegnazione di 24 codici iniziali, in seguito raggruppati in 6 categorie di significato. Lo studio dei codici iniziali e delle categorie create ha portato, quindi, ad individuare 3 temi ricorrenti nelle categorie in grado di rispondere alla domanda “Quali sono le attese di sviluppo professionale, personale e di servizio legate alla figura dell’Infermiere di Famiglia o di Comunità?” (Tabella 7).

Con il software Atlas.ti è stato possibile, inoltre, creare una “mappa tematica” contenente tutti i codici iniziali e le relative categorie in cui sono stati raggruppati, evidenziando le relazioni tra essi e distinguendo i 3 temi emersi a seconda della disposizione nello spazio dei codici e delle categorie (Allegato 2). Tale “mappa tematica” nelle varie fasi della sua costruzione ha permesso di ragionare a lungo sulle relazioni tra i codici e le categorie, contribuendo a rendere più facile l’individuazione e la nomina dei temi finali.

Tabella 7. Presentazione dei temi, delle categorie e dei codici individuati, con relative citazioni dai testi.

Tema	Categoria	Codice	Citazione
Lavorare nella comunità per la comunità	Orientare la pratica professionale alla persona	Presa in carico della persona, della famiglia e della comunità	<p>“Per me l’infermiere di famiglia è l’infermiere che dovrebbe prendere in carico la comunità e le famiglie da zero a x anni, nei vari campi, seguendo la famiglia e i pazienti e la famiglia...” (I5)</p> <p>“...la mia aspettativa era quella di ehm lavorare più con le persone ehm diciamo proprio come famiglia e comunità...” (S9)</p>
		Prevenzione, educazione e promozione della salute	<p>“...mi piacerebbe anche che ci fosse ehm una un’attenzione nella parte preventiva promozionale della salute...” (I12)</p> <p>“...il supporto dell’infermiere di famiglia che aiuta queste persone a ehm diciamo così a essere complianti verso la la terapia e a magari dare le informazioni ehm generali che servono proprio per la gestione della del del percorso di cura...” (D3)</p>
		Esiti sensibili all’assistenza	<p>“...mi aspetto che potenziandola con mmh con l’infermiere di famiglia e di comunità ehm anche i ricoveri siano diminuiti ricoveri che non ne hanno bisogno perché ci sono tanti casi sociali.” (S1)</p> <p>“...la soddisfazione poi su un piano diciamo così organizzativo sarà quella di vedere diminuire chiaramente gli accessi dei codici bianchi in ospedale e ehm di sapere che riusciamo a farci carico della maggior parte delle persone...” (D3)</p>
		Casistica target e luogo di lavoro adatto	<p>“...mi piacerebbe che ognuno di noi avesse un ambulatorio all’interno del proprio sestiere per essere rappresentato come punto di riferimento per quella tipo di popolazione...” (I16)</p> <p>“...gli infermieri avranno dei loro assistiti avranno dei loro assistiti che non necessariamente son quelli che stanno bene che vedono no una volta ma sono persone in condizioni non ancora sono in condizioni di fragilità...” (D4)</p>

Collaborare con tutti i professionisti socio-sanitari		Intenti comuni tra medico e infermiere	<p>“...per la gestione anche di ehm di attività che non sono mediche prettamente mediche ma che ehm possono essere di ausilio al medico per la gestione di questi pazienti...” (D1)</p> <p>“...quindi magari notare qualche cambiamento ehm cioè quell'occhio clinico che magari poi ti fa entrare in gioco quando serve in maniera precoce cioè ti dico la vedo veramente come una lunga mano del del medico...” (M2)</p>
		Fiducia nei medici del futuro	<p>“...io spero tanto nel cambio generazionale dei medici di base...” (I20)</p> <p>“...da questo punto di vista dico son speranzosa sul fatto che ehm c'è stato un ricambio generazionale anche dei medici ci son tanti medici anche giovani...” (S8)</p>
		Collaborazione con le altre figure professionali	<p>“...e come collante come un ehm un po' una figura insomma ehm di ehm che fa appunto da tramite come dicevo anche prima tra magari nei nei nei team multidisciplinari o comunque nel ehm sì appunto tra le varie figure...” (S10)</p> <p>“...poi lavorare nell'instaurare rapporti con quelli che sono i servizi sociali comunali perché la gestione a domicilio del paziente implica da una parte bisogni sanitari ma ci possono essere anche bisogni sociali...” (D5)</p>
Elaborare la concezione dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità	Crescere professionalmente	Cambio di mentalità e cultura	<p>“...è una questione di mmh di cambiamento culturale che deve avvenire in primis da noi ehm sanitari...” (I16)</p> <p>“...un po' anche il cambiamento di mentalità del cittadino nel senso ci sono poc poche non so forse perché magari in ospedale ne vediamo meno però magari quelle persone che stanno veramente attenti ai controlli ehm agli screening...” (S12)</p>
		Differenza con l'assistenza domiciliare	<p>“...ci sono diverse figure perché già l'infermiere secondo me dell'assistenza domiciliare può avere un ruolo importante se non quello prestazionale mentre il l'infermiere di famiglia dovrebbe avere forse un attimo un ruolo diverso ecco.” (I9)</p> <p>“...potrebbe essere anche quell'infermiere che in qualche modo va a ehm a intercettare delle problematiche che gli infermieri ADI riscontrano a livello delle persone che si assistono...” (S14)</p>

	Riconoscimento professionale	<p>“...mi aspetto che ci sia un riconoscimento anche professionale rispetto a questo ecco.” (I13)</p> <p>“...e quindi di essere valorizzato in qualche modo per cui mmh sì è un più un una sorta di aspettarmi di fare un salto di qualità e ehm essere anche riconosciuta di più per quello che siamo e per quello che facciamo.” (S5)</p>
	Evoluzione professionale	<p>“...mi aspetto che questa figura sia anche un po’ il salto di qualità rispetto all’infermiere mmh classico...” (S12)</p> <p>“...ma lo vedo un po’ di più cioè non solo quindi potenziato numericamente ma anche uno sviluppo professionale di di mmh di attività che vengono svolte dall’infermiere di comunità.” (D1)</p>
	Autonomia e responsabilità	<p>“...getta le righe di che cosa fare diciamo la regia di quello che potrebbe essere.” (I3)</p> <p>“...ci sono molte cose che assurdamente secondo me ehm non non non gli vengono concesse di di di di nella loro esecuzione che dovrebbe essere fatte in piena autonomia professionale...” (M5)</p>
Stabilire i requisiti di competenza	Requisiti formativi	<p>“...il master serve perché tu devi avere una formazione particolare devi usare strumenti validati ehm cioè devi imparare una metodologia perché qui non si tratta solo di fare educazione prevenzione ma c’è anche un’analisi dei bisogni...” (I21)</p> <p>“...è necessario anche nel nostro campo mantenere un aggiornamento e dev’esser un aggiornamento forte un aggiornamento che si basa naturalmente su delle evidenze su delle best practice...” (S14)</p>
	Requisiti relazionali	<p>“...bisogna saper ehm come si può dire bisogna saper entrare con il piede giusto ehm in casa per poter acquisire la fiducia delle persone e così loro se hanno fiducia di te si aprono e riesci anche a consigliarli su determinate strade...” (S6)</p> <p>“...come paziente lo devi vedere di persona ci devi parlare ci dev’essere lo scambio diretto perché anche questa è terapia perché anche questa è ehm un’informazione a distanza diversa che che vedersi di persona col paziente...” (D1)</p>

		Requisiti personali	<p>“...bisogna avere quasi un senso clinico che comunque si sviluppa con l’esperienza ehm avere come dire una capacità di percezione un sesto senso...” (I8)</p> <p>“...ci vuole quel lato umano che le dicevo quella pazienza quel cercare di spiegare perché son pazienti con deficit son pazienti anziani son paziente che hanno magari delle sordità magari hanno difficoltà...” (M4)</p>
		Requisiti esperienziali	<p>“Sì sicuramente formati esatto sicuramente formati ma con delle professionalità alle spalle cioè io non vedo un infermiere territoriale giovanissimo ecco io lo vedo con almeno un pochettino di esperienza almeno un po’ di clinica...” (I18)</p> <p>“...alla base ci devono essere anche delle competenze e dell’esperienza clinica...” (S15)</p>
		Requisiti conoscitivi del territorio e della popolazione servita	<p>“...noi dobbiamo lavorare con una comunità e dobbiamo capire un po’ questa comunità com’è non è nostro ehm stretto cioè non siamo formati per riuscire a farlo questo tipo di analisi per cui ci serve un po’ secondo me...” (I17)</p> <p>“Però penso che sia importante anche conoscere bene le realtà in cui si lavorerà...” (S14)</p>
Accompagnare una trasformazione organizzativa nel sistema sanitario	Concentrare la politica nell’organizzazione e nello sviluppo del servizio	Organizzazione e creazione di percorsi	<p>“...siano appunto individuate delle attività e e costruiti dei percorsi ad hoc ecco cosa voglio dire dove ci sia sia una parte assistenziale una parte di promozione e poi tutta la parte anche relazionale di presa in carico proprio globale del dell’assistito...” (I12)</p> <p>“...secondo me è una cosa positiva che ci sia poi come tutte le cose all’inizio vanno un po’ organizzate vanno un po’ viste anche in base all’ambiente...” (M3)</p>
		Maggiore supporto dalle aziende sanitarie	<p>“...di più partecipazione da parte dell’azienda nell’intraprendere questo cammino di nuova figura.” (I4)</p> <p>“...deve esserci anche una diciamo ehm aiuto e anche valorizzazione da parte anche dei vari direttori generali delle delle ULSS cioè dei vari ehm insomma delle varie figure più in alto...” (S6)</p>

	Politiche a favore	<p>“...cioè bisogna partire da là fattore politico-economico...” (I11)</p> <p>“...deve intervenire anche un po’ la politica perché se la carenza è così importante degli infermieri non vedo grande futuro per l’infermiere di famiglia cioè ci vogliono delle serie politiche...” (D4)</p>
	Infermieri più presenti e numerosi	<p>“...ci deve essere una distribuzione ehm sufficiente delle risorse per dare un servizio...” (I8)</p> <p>“...ci sarebbe bisogno di cioè per una medicina invece di preventiva insomma per uno studio per un per seguire meglio i cronici sì ci vorrebbe ci sarebbe bisogno di più personale...” (M6)</p>
Risolvere dubbi e criticità	Incertezza sul futuro	<p>“...diciamo che noi siamo un po’ degli esperimenti quindi è quello un po’ ((risata)) è quello un po’ cercare di capire mmh cosa noi possiamo fare e cosa non possiamo fare quindi ehm capire un po’ anche quale sarà il nostro ruolo...” (S3)</p> <p>“...io la vedo così cioè secondo me non possono potrebbero anche creare il ruolo ma rimarrebbe un ruolo depotenziato ma come quello delle altre figure come anche quello del ruolo del medico di famiglia di per sé se fossero tutti cani sciolti...” (M6)</p>
	Differenza con le cure mediche	<p>“...il rapporto con i medici cioè lì bisognerà un po’ lavorarci un po’ capire quali sono le competenze dell’uno rispetto a quelle dell’altro...” (S8)</p> <p>“...è solamente lì il rischio che si crei questa figura di super infermiere che che che possa andare in contrasto con con il medico anche perché siamo un po’ permalosi noi medici sai ((risata)).” (M2)</p>
	Infermiere erogatore di prestazioni	<p>“...quindi tu sei infermiere hai i tuoi tot pazienti che aiuti ehm diciamo facendo tipo quello che fa l’ADI adesso non so se mi spiego cioè quindi molto nell’interventista...” (S10)</p> <p>“...voglio dirti vai a farmi una spirometria vai a farmi un prelievo cioè questo significa potenziare il territorio...” (M5)</p>

3.2.1 Primo tema: lavorare nella comunità per la comunità

Il primo tema emerso racchiude alcune delle aspettative degli intervistati nell'inserimento profondo e capillare della figura dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità proprio nella comunità dove è chiamato a lavorare, attraverso l'integrazione del professionista nel tessuto sociale e la possibilità di unificare tramite il suo lavoro i tanti ma frammentati servizi socio-sanitari disponibili, al fine di beneficiare tutta la popolazione.

“...secondo me proprio l'infermiere di famiglia dovrà essere una figura pervasiva all'interno della popolazione...” (I8)

In tale tema sono state unite le categorie “orientare la pratica professionale alla persona” e “collaborare con tutti i professionisti socio-sanitari”. Gli intervistati si aspettano, infatti, che l'IFoC abbia una casistica target più definita, una sede di lavoro adatta e che possa occuparsi dei suoi assistiti intervenendo principalmente con attività educative di prevenzione e promozione della salute.

“...quello che secondo me dovrebbe andar a fare l'infermiere di famiglia ehm è essere un po' più vicino ai pazienti ehm sia sani quindi che non hanno nessuna diciamo malattia cronica in atto da gestire quindi educativa cioè educarli a un percorso diciamo di cura personale diverso ma anche ehm forse di più di supporto alle famiglie che hanno problemi problematiche croniche...” (S4)

Tutti i partecipanti, inoltre, si aspettano che il lavoro dell'IFoC comporti esiti positivi sensibili all'assistenza, riscontrabili sia a medio che a lungo termine nel sistema sanitario.

“...se andasse in porto come lo posso immaginare io ehm sarebbe veramente una gestione a domicilio un po' più assidua un po' più presente e che potrebbe anche evitare tanti ricoveri che magari ehm si potrebbero evitare sia prevenendoli sia potendo gestire con una presenza più con una figura più presente ecco...” (M2)

Infine, nella seconda categoria del tema “lavorare nella comunità per la comunità” emerge che per gli intervistati sarà fondamentale la collaborazione tra l'IFoC e il Medico di Medicina Generale e tra l'IFoC e gli altri professionisti socio-sanitari attivi nei servizi sociali e nelle strutture sanitarie del territorio.

“...io penso che un infermiere di famiglia e di comunità potrebbe ecco essere veramente una persona che insieme agli altri operatori del territorio si può interfacciare per fare un

discorso che può coinvolgere effettivamente i servizi territoriali proprio in una visione più ampia...” (D2)

Un’ ultima aspettativa piuttosto interessante a riguardo della collaborazione tra professionisti sanitari è quella di alcuni studenti del Master in “Infermiere di Famiglia e di Comunità”, di alcuni Infermieri di Famiglia o di Comunità e di un Medico di Medicina Generale che vedono possibile in futuro una migliore collaborazione tra IFoC e Medico di Medicina Generale qualora quest’ultimo diventasse dipendente pubblico esattamente allo stesso livello dell’IFoC.

“...io ehm credo fortemente che tutto il sistema delle cure primarie cure territoriali debba essere un po’ riformato quindi o si parte a lavorare più come squadra anche con i medici di base quindi che il medico di base entri un po’ ad essere inquadrato come un dipendente ASL oppure io la vedo un po’ un po’ difficile...” (I17)

In Figura 6, è stata creata con il software Atlas.ti una tabella rappresentativa della distribuzione dei codici del primo tema nei testi delle interviste condotte ai diversi professionisti. Le cifre in tabella si riferiscono al numero di citazioni individuate nelle interviste di rispettivamente infermieri, studenti, direttori e medici, legate al relativo codice in prima colonna.

Figura 6. Distribuzione dei codici del primo tema nelle categorie professionali attraverso le relative citazioni individuate.

	1: Interviste Infermieri di... 309	2: Interviste Studenti Ma... 202	3: Interviste Direttori di... 75	4: Interviste Medici di M... 65	Totals
casistica ta... 36	15	10	5	6	36
collaboraz... 57	23	17	9	8	57
esiti sensib... 29	15	8	4	2	29
fiducia nei... 6	5	1			6
intenti co... 15		2	3	10	15
presa in ca... 55	24	17	8	6	55
prevenzion... 31	12	10	7	2	31
Totals	94	65	36	34	229

3.2.2 Secondo tema: elaborare la concezione dell’Infermiere di Famiglia o di Comunità

Nel secondo tema individuato vengono incluse le aspettative degli intervistati di elaborare la concezione dell’Infermiere di Famiglia o di Comunità, attraverso un profondo cambio culturale, un’importante crescita professionale che possa determinare un riconoscimento della figura nella comunità e al contempo, un adeguato sviluppo delle competenze sia cognitive che sociali.

“...bisogna cambiare un po’ la mentalità della visione dell’infermiere noi non siamo non abbiamo più solo esclusivamente un ruolo prestazionale ma io vedo la nostra professione come una professione olistica quindi una professione che vede più ehm più fasi insomma della vita di una persona e quindi dei bisogni assistenziali della persona io spero che si arrivi in un futuro a questo spero che l’infermiere non sia appunto soltanto quello che fa le iniezioni le punture e i prelievi spero che dal punto di vista culturale proprio cambi la mentalità cioè quindi quando c’è un bisogno di salute di qualsiasi tipo di bisogno ehm magari prima di contattare il medico se è una cosa che può gestire un infermiere si contatta l’infermiere...” (I20)

La prima categoria “crescere professionalmente” associata a questo tema raccoglie l’aspettativa, in particolare degli studenti del Master e degli Infermieri di Famiglia o di Comunità, che l’IFoC venga conosciuto e riconosciuto dagli altri professionisti e dalla popolazione.

“Beh magari ci facciamo conoscere sia dalla popolazione sia dai medici di medicina generale, anche dall’ospedale stesso...” (I5)

Ma raccoglie anche, sebbene in forme diverse, l’aspettativa di evoluzione professionale del profilo. Da un lato, la maggior parte degli studenti e degli Infermieri si aspetta che l’IFoC acquisisca più autonomia decisionale e maggiori responsabilità nei confronti degli assistiti.

“...la cosa che mi aspetto di più diciamo è che io possa essere autonomo nella mia valutazione della persona dell’utente di chi ha bisogno ed esprimere un giudizio diciamo mmh la mia opinione su un bisogno e un eventuale trattamento...” (S16)

Dall’altro, la maggior parte di direttori e dei medici si aspettano che l’IFoC evolva occupandosi, invece, di svolgere più attività prestazionali a supporto del lavoro del Medico di Medicina Generale nel territorio.

“...gli dev'essere data la possibilità di fare cioè utilizzare alcune tecnologie che finora sono state esclusive dei medici ehm per contribuire alla buona gestione dei pazienti soprattutto a domicilio...” (D5)

La seconda categoria del tema “stabilire i requisiti di competenza” raccoglie l’aspettativa condivisa da tutti gli intervistati di definire i requisiti cognitivi, personali e relazionali che l’IFoC deve possedere per svolgere il suo lavoro. Gli Infermieri di Famiglia o di Comunità si aspettano, in particolare, di ampliare la loro formazione.

“...sicuramente la parte della della formazione ehm è fondamentale quindi che ci sia comunque una cosa mmh un percorso unico che possa poi definire quelli che sono gli infermieri di famiglia...” (I12)

Molti intervistati ritengono, inoltre, che l’IFoC dovrà conoscere molto bene il territorio in cui lavorerà, in modo da inserirsi al meglio nella rete di servizi già esistente.

“...più che altro a livello conoscitivo ehm quali ehm sono sempre per le reti quindi cosa poter ehm attivare in più o in meno ehm quindi il forse il magari conoscere anche il territorio che cosa che magari non so bene conoscere il territorio per saper poi sfruttarlo al meglio anche dal punto di vista delle delle relazioni ecco.” (S3)

Ma è condivisa da tutti i professionisti l’aspettativa che l’IFoC possieda anche e soprattutto competenze personali acquisite con l’esperienza professionale.

“...quello che fa tanto invece è l’esperienza il colpo d’occhio il fatto di poter intuire che sia più utile questo o quell’altro d’accordo.” (M1)

Anche per questo tema, è stata redatta una tabella di distribuzione dei codici nelle interviste ai diversi professionisti. Da questa è interessante notare come il codice “differenza con l’assistenza domiciliare”, che esprime l’aspettativa di distinguere gli IFoC dagli infermieri dell’assistenza domiciliare, sia stato individuato solo nelle citazioni degli studenti del Master e degli Infermieri di Famiglia o di Comunità (Figura 7).

“...io le vedo due cose scollegate cioè l’infermiere ADI è una cosa l’infermiere di famiglia è un’altra...” (S7)

Figura 7. Distribuzione dei codici del secondo tema nelle categorie professionali attraverso le relative citazioni individuate.

	1: Interviste Infermieri di... 309	2: Interviste Studenti Ma... 202	3: Interviste Direttori di... 75	4: Interviste Medici di M... 65	Totals
● ◆ autonomia... 23	2	14	4	3	23
● ◆ cambio di... 25	10	12	3		25
● ◆ differenza... 8	3	5			8
● ◆ evoluzione... 49	30	4	11	4	49
● ◆ requisiti co... 14	6	5	2	1	14
● ◆ requisiti es... 18	11	6		1	18
● ◆ requisiti fo... 53	37	10	5	1	53
● ◆ requisiti p... 20	12	4	2	2	20
● ◆ requisiti re... 27	12	8	4	3	27
● ◆ riconoscim... 66	31	31	2	2	66
Totals	154	99	33	17	303

3.2.3 Terzo tema: accompagnare una trasformazione organizzativa nel sistema sanitario

Nell'ultimo tema individuato, le due categorie "concentrare la politica nell'organizzazione e nello sviluppo del servizio" e "risolvere dubbi e criticità" esprimono al meglio come studenti del Master, Infermieri di Famiglia o di Comunità, Medici di Medicina Generale e Direttori di Distretto si aspettano che l'IFoC debba accompagnare la grande trasformazione organizzativa in atto del sistema sanitario.

[A proposito del lavoro dell'IFoC] *"Bisognerà parlarne tutti assieme, potremmo dovremmo parlarne tutti assieme a un tavolo vabbè regione ovviamente con la regione..."* (D4)

L'aspettativa più grande per la maggior parte degli intervistati è quella che vengano attuate politiche favorevoli allo sviluppo dell'IFoC, soprattutto per poter avere più personale impegnato a garantire un'adeguata copertura del territorio e una migliore assistenza a tutta la popolazione.

"...investendo appunto risorse e tempo appunto e quindi implementando anche il numero di ehm infermieri di comunità..." (S10)

Inoltre, soprattutto tra gli Infermieri di Famiglia o di Comunità è molto comune anche l'aspettativa di organizzare percorsi di cura più definiti per permettere all'IFoC di lavorare con più facilità ed efficienza.

“Allora mi piacerebbe che ci fosse un percorso ehm un po’ più ufficiale che ehm che mi porti appunto a avere ehm cioè idea di se io devo contattare questa associazione devo farlo io? Deve farlo la mia coordinatrice o devo... cioè chi deve farlo? E e come no? Quindi ecco non è molto strutturato da questo punto di vista mi piacerebbe che fosse un po’ più strutturato appunto in alcuni percorsi.” (I16)

In Figura 8, in particolare, è possibile notare come l’aspettativa di “concentrare la politica nell’organizzazione e nello sviluppo del servizio” sia più comune tra gli Infermieri di Famiglia o di Comunità e molto meno dichiarata dai Medici di Medicina Generale.

Figura 8. Distribuzione dei codici del terzo tema nelle categorie professionali attraverso le relative citazioni individuate.

	1: Interviste Infermieri di... 309	2: Interviste Studenti Ma... 202	3: Interviste Direttori di... 75	4: Interviste Medici di M... 65	Totals
◆ differenza... 20	4	4	5	7	20
◆ incertezza... 46	12	25	2	7	46
◆ infermiere... 12	1	2	1	8	12
◆ infermieri... 32	17	4	7	4	32
◆ maggiore... 14	11	2	1		14
◆ organizzaz... 35	17	5	9	4	35
◆ politiche a... 26	13	8	2	3	26
Totals	75	50	27	33	185

Nello stesso tema vengono incluse però anche le aspettative di risoluzione dei dubbi e delle criticità che ruotano attorno al ruolo e alle attività dell’IFoC, nonostante sia considerato da molti intervistati un processo non semplice e immediato.

[A riguardo del futuro dell’IFoC] “...beh nel prossimo futuro la vedo la vedo tosta cioè nel senso che immagino anche non sarà facile...” (S16)

Sono soprattutto gli studenti del Master in “Infermiere di Famiglia e di Comunità” ad aspettarsi di dover confrontarsi con numerose criticità circa l’IFoC, che coinvolgono la definizione del ruolo, la privatizzazione del lavoro e l’erogazione di prestazioni.

“...sarà difficile diciamo farlo partire ehm a livello diciamo pubblico secondo me prenderà piede molto il privato io mi aspetto anche ehm anche un po’ questo però ovviamente non sarebbe più un infermiere di famiglia pensato secondo me come in origine quindi soprattutto sull’educazione terapeutica e la prevenzione ma andrebbe un po’ più in generale a coprire

anche tanti altri aspetti che magari ad esempio adesso fa l'assistenza domiciliare integrata.”
(S12)

La maggior parte degli intervistati, e in particolare i Medici di Medicina Generale, si aspetta, infine, di chiarire anche un altro dubbio e cioè quello di definire quali sono i limiti di competenza dell'IFoC, per mantenere una certa distinzione tra le attività mediche e quelle infermieristiche.

“...anche nei confronti del paziente cioè il rischio è che ehm anche dagli occhi del paziente tu venga ehm diciamo ehm non dico scavalcato non è non è il termine esatto però tu venga sostituito dalla figura ehm infermieristica che per per tutto quello che cioè per quanto possa voler bene agli infermieri però comunque insomma cerchiamo di mantenere ognuno il proprio ruolo e il rischio è quello lì ecco.” (M2)

CAPITOLO IV. DISCUSSIONE

4.1 Aspettative di ruolo per l'Infermiere di Famiglia o di Comunità

L'obiettivo di tale elaborato di tesi era quello di mappare le aspettative di ruolo per l'Infermiere di Famiglia o di Comunità dalla prospettiva degli studenti del Master di I livello in "Infermiere di Famiglia e di Comunità" dell'Università degli Studi di Padova e dalla prospettiva di alcuni Infermieri di Famiglia o di Comunità, Medici di Medicina Generale e Direttori di Distretto operativi nel territorio delle Aziende socio-sanitarie del Veneto sud-orientale. Nel complesso, tutti i professionisti intervistati hanno manifestato aspettative positive nei confronti della figura dell'IFoC, definendola fortemente impattante nelle sorti della sanità pubblica e dal futuro luminoso. D'altra parte, sono stati in molti ad elencare le diverse criticità che attualmente influiscono sul lavoro dell'IFoC, permettendo di percepire talvolta attraverso espressioni di sconforto e incertezza, soprattutto negli studenti del Master e negli IFoC, una modesta riduzione delle aspettative personali. In uno sguardo d'insieme, tuttavia, è interessante notare come i temi individuati in tale elaborato di tesi siano per la maggior parte riconducibili a quelli individuati nella revisione sistematica di Dellafiore *et al.* (2022).

Prima aspettativa comune emersa dall'analisi delle interviste è quella che vede l'Infermiere di Famiglia o di Comunità immerso nella rete di relazioni sociali che lega i cittadini di un certo territorio ai fini di garantire la tutela e il mantenimento del benessere della popolazione che vi abita, in particolare con l'attesa di un ruolo forte nella prevenzione, manifestato attraverso la capacità di educare sia i cittadini sani sia quelli affetti da patologie croniche e a rischio di evoluzione. Chi confida, soprattutto, che l'IFoC possa occuparsi di prevenzione e promozione della salute è per l'appunto il gruppo degli infermieri, intervistati sia nei sottogruppi di studenti del Master che di Infermieri di Famiglia o di Comunità. Gli infermieri, inoltre, si attendono che per poter dedicarsi a tali attività di educazione l'IFoC debba progressivamente cambiare mentalità ed evolvere professionalmente, differenziandosi dall'infermiere attuale.

La seconda aspettativa riguarda, infatti, la ridefinizione della cultura professionale specifica. Questa è una delle aspettative più condivise raccolte nel secondo tema "elaborare la

concezione dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità", che sottolinea il desiderio di avviare un dibattito culturale su questa nuova figura professionale. L'attesa è che questo nuovo infermiere possa staccarsi dall'aspetto puramente tecnico-operativo e proponga invece una lettura della persona più sistemica nei suoi bisogni espressi e inespresi. L'attesa si avvicina molto al modello di innovazione sociale approfondito nello studio di Marcadelli *et al.* (2019), dove viene descritto come l'IFoC sia in grado di fornire nuovi servizi proprio dopo aver generato profondi cambiamenti nella comunità e nel *welfare* sanitario locale. Gli infermieri si aspettano, quindi, di acquisire maggiore autonomia decisionale e di essere valorizzati e riconosciuti per la peculiarità del lavoro che l'Infermiere di Famiglia o di Comunità sarà chiamato a svolgere, proprio come è emerso dagli studi qualitativi condotti da Barisone *et al.* in Italia e da Sánchez-Muñoz *et al.* in Spagna (2023).

La terza aspettativa condivisa dagli infermieri intervistati è che l'IFoC possieda determinati requisiti formativi, personali, relazionali, esperienziali e conoscitivi del territorio e della popolazione servita. Sono in molti, a tal proposito, ad aspettarsi che per poter svolgere il lavoro dell'IFoC in futuro sia necessario possedere un titolo di studio qualificante. Medici di Medicina Generale e Direttori di Distretto si aspettano che l'IFoC possieda principalmente adeguate competenze personali e relazionali poiché ritengono che gli infermieri di oggi siano sufficientemente preparati da un punto di vista cognitivo per poter affrontare le attività che competono ad un Infermiere di Famiglia o di Comunità, ma è necessario concentrarsi maggiormente sull'instaurazione di buoni rapporti di collaborazione con gli altri professionisti sociali e sanitari del territorio.

In generale, la collaborazione con tutti i professionisti socio-sanitari è la quarta aspettativa più condivisa da tutti gli intervistati, come nello studio di Andrews *et al.* (2021). Gli infermieri, sia studenti che IFoC, si aspettano che la collaborazione con i Medici di Medicina Generale sia favorita dall'ingresso dei medici stessi nelle Aziende socio-sanitarie, in qualità di dipendenti pubblici. I Medici di Medicina Generale intervistati, invece, si aspettano che la collaborazione venga favorita in buona parte dalla definizione di limiti di competenza nelle attività degli IFoC rispetto alle cure mediche. Pertanto, a differenza dello studio di Andrews *et al.* in cui i medici hanno preso parte alla formazione degli Infermieri di Famiglia o di Comunità esprimendo la volontà di fungere da esempio per i Paesi nei quali questa figura non è ancora stata valorizzata, in tale studio non è emersa l'aspettativa dei Medici di Medicina Generale di partecipare alla formazione degli IFoC. Con rammarico, molti medici

si aspettano, infatti, che nel prossimo futuro la figura dell'IFoC andrà a sostituire quella del Medico di Medicina Generale, sebbene la maggior parte degli Infermieri di Famiglia o di Comunità abbia espresso l'aspettativa di collaborare attivamente con i Medici di Medicina Generale, mantenendo il focus nelle attività di assistenza prettamente infermieristica a ben nota differenza di quelle mediche.

Il terzo tema individuato in seguito all'analisi delle interviste è quello di “accompagnare una trasformazione organizzativa nel sistema sanitario”. Nell'attuale contesto socio-sanitario, dove è stato reso noto che uno dei principali protagonisti della riforma dei modelli organizzativi dell'assistenza territoriale è l'IFoC, la quinta aspettativa più condivisa da parte dei professionisti è quella di trovare il pieno supporto della politica per lo sviluppo di tale figura. Soprattutto gli Infermieri di Famiglia o di Comunità e i Direttori di Distretto si aspettano che, attraverso opportune manovre economiche, diventi possibile aumentare il numero di IFoC nel territorio per poter assicurare un servizio più organizzato, efficiente e alla portata di tutta la popolazione, come riportato d'altronde anche nello studio di Buerhaus *et al.* (2015). I Direttori di Distretto, tuttavia, oltre agli investimenti economici si aspettano di attuare specifici interventi per attirare i giovani nell'intraprendere la professione infermieristica e soprattutto il ruolo dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità.

Nel terzo e ultimo tema individuato è compresa anche l'ultima aspettativa maggiormente condivisa dagli intervistati, cioè quella di risolvere alcuni dubbi e criticità che avvolgono l'attività dell'IFoC, tra cui in particolare quelle che riguardano la distinzione con gli infermieri dell'assistenza domiciliare. Se da un lato, infatti, i Medici di Medicina Generale e i Direttori di Distretto si aspettano che l'IFoC si occupi di svolgere diverse attività prestazionali, anche innovative e all'avanguardia, sono pochissimi gli Infermieri di Famiglia o di Comunità che nelle interviste esprimono l'aspettativa di svolgere prestazioni nei confronti dei loro assistiti. Gli IFoC, insieme agli studenti del Master si aspettano, infatti, di allontanarsi dalle attività tecnico-operative e di distinguersi nettamente dagli infermieri dell'assistenza domiciliare. Quest'ultima aspettativa degli infermieri si distacca, in particolare, da ciò che emerge nello studio di Drevdahl *et al.* (2020) dove si riflette su come negli Stati Uniti il profilo dell'infermiere di sanità pubblica assuma spesso una doppia identità, tra l'assistenza diretta al paziente in forma prestazionale e quella legata all'individuazione e soddisfazione dei bisogni di salute del singolo e della comunità.

Infine, è curioso notare come le case della comunità, strutture simbolo della riforma dell'assistenza territoriale e sedi in cui verosimilmente è previsto dal PNRR che l'Infermiere di Famiglia o di Comunità svolga gran parte delle sue attività, non vengano nominate spesso nelle interviste. Anzi, sono molti gli infermieri e i Medici di Medicina Generale che esprimono dubbi circa la loro funzionalità e l'organizzazione del lavoro dei professionisti al loro interno, probabilmente a causa del fatto che sono strutture attualmente ancora in costruzione nella Regione Veneto e che siano ancora molto scarse le esperienze vissute e condivise a livello nazionale.

In sintesi, quindi, le aspettative di ruolo per l'Infermiere di Famiglia o di Comunità emerse dalle interviste condotte sono quelle di immergersi nel tessuto sociale della comunità, orientando la pratica professionale verso interventi di prevenzione e promozione della salute; collaborare con tutti i professionisti socio-sanitari operativi nel territorio attraverso il potenziamento della rete dei servizi; ridefinire la cultura professionale specifica della figura, favorire il riconoscimento professionale e l'acquisizione di autonomia decisionale; stabilire i requisiti di competenza della professione, integrandoli nei percorsi formativi; concentrare la politica nell'organizzazione e nello sviluppo del servizio, in particolare aumentando il personale e risolvere dubbi e criticità che avvolgono le attività del profilo, soprattutto attraverso la distinzione con gli infermieri dell'assistenza domiciliare e le cure mediche.

4.2 Limiti

L'elaborato di tesi presenta alcuni limiti tipici delle indagini qualitative, tra questi vi è l'affidabilità della raccolta dati e la soggettività dell'analisi condotta. È molto probabile, infatti, che le medesime domande poste ai medesimi intervistati da parte di altri ricercatori possano generare risultati diversi, così come è probabile che altri ricercatori possano codificare diversamente i testi trascritti usati in questo studio, accorpando diversamente i codici nelle categorie e nei temi e nominarli diversamente. A tal proposito, si è coinvolto un altro ricercatore nell'analisi dei dati. Inoltre, se da un lato un punto di forza dello studio è quello di aver intervistato professionisti diversi, impegnati in egual misura nel contesto di riferimento dell'IFoC (studenti del Master in "Infermiere di Famiglia e di Comunità", Infermieri di Famiglia o di Comunità, Medici di Medicina Generale e Direttori di Distretto),

dall'altro un ulteriore limite dello studio è dato dalla scelta di intervistare professionisti appartenenti ad Aziende diverse, seppur molto vicine. Dal momento, infatti, che le sole realtà aziendali presentano ancora molte differenze nell'organizzazione del servizio e/o delle progettualità correlate all'IFoC non si ritiene possibile generalizzare i risultati di questa indagine a un contesto regionale o nazionale, e men che meno internazionale. Un'ultima considerazione, infine, riguarda i partecipanti allo studio che in quanto volontari potrebbero indurre un bias di autoselezione.

4.3 Implicazioni per la pratica clinica, la formazione, la ricerca

La decisione di svolgere un'indagine sulle aspettative di ruolo per l'Infermiere di Famiglia o di Comunità ha permesso di studiare le opinioni dei diversi protagonisti della riforma dell'assistenza territoriale sul futuro dell'IFoC, in modo da accertare la necessità di aumentare e affinare la sua operatività sul territorio e da definire quelle che sono le basi per la costruzione di un futuro migliore sia per l'IFoC che di conseguenza per la sanità pubblica. Anzitutto, dalle voci degli intervistati è possibile comprendere come vi siano grandi aspettative per l'Infermiere di Famiglia o di Comunità, nonostante siano ancora da risolvere numerosi dubbi e criticità. Risulta dunque importante sfruttare la fiducia dei professionisti nei confronti del futuro della professione e applicarsi per riconoscere le difficoltà, in modo che diventi più semplice affrontarle con criterio. Le aspettative esposte in questo elaborato hanno permesso, ad esempio, di individuare una serie di interventi utili a concretizzarle:

- alimentare il dibattito culturale sulla figura dell'IFoC, attraverso lo studio dei modelli nazionali e internazionali, la conduzione di sperimentazioni e il confronto tra infermieri e medici esperti;
- approfondire la formazione del personale infermieristico che manifesta la volontà di applicarsi come IFoC, stabilendo progressivamente i requisiti di competenza e migliorando i percorsi didattici preparatori;
- favorire la collaborazione tra tutti i professionisti socio-sanitari del territorio, attraverso la condivisione di luoghi e momenti di incontro;

- diffondere la conoscenza della figura dell'IFoC alla popolazione, attraverso l'organizzazione di incontri pubblici e la diffusione di informazioni verificate e di semplice comprensione;
- concentrare le politiche a favore del *welfare* sanitario, attraverso il coinvolgimento della comunità nella presa di decisioni.

CONCLUSIONI

L'indagine qualitativa condotta nel presente elaborato di tesi ha permesso di disegnare una mappa delle aspettative di ruolo per l'Infermiere di Famiglia o di Comunità dalla prospettiva degli studenti del Master in "Infermiere di Famiglia e di Comunità" dell'Università degli Studi di Padova e di alcuni Infermieri di Famiglia o di Comunità, Medici di Medicina Generale e Direttori di Distretto di quattro Aziende ULSS del Veneto sud-orientale. I risultati ottenuti dall'indagine sono stati raggruppati in tre temi in grado di rispondere al quesito di ricerca "Quali sono le attese di sviluppo professionale, personale e di servizio legate alla figura dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità?": lavorare nella comunità per la comunità, elaborare la concezione dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità e accompagnare una trasformazione organizzativa nel sistema sanitario. In particolare, le aspettative di ruolo per l'IFoC emerse dalle interviste sono quelle di immergersi nel tessuto sociale della comunità, orientando la pratica professionale verso interventi di prevenzione e promozione della salute; collaborare con tutti i professionisti socio-sanitari operativi nel territorio attraverso il potenziamento della rete dei servizi; ridefinire la cultura professionale specifica della figura, favorire il riconoscimento professionale e l'acquisizione di autonomia decisionale; stabilire i requisiti di competenza della professione, integrandoli nei percorsi formativi; concentrare la politica nell'organizzazione e nello sviluppo del servizio, in particolare aumentando il personale e risolvere dubbi e criticità che avvolgono le attività del profilo, soprattutto attraverso la distinzione con gli infermieri dell'assistenza domiciliare e le cure mediche. Tali risultati permettono, quindi, di individuare una serie di interventi culturali, formativi, politico-organizzativi e di ricerca da svolgere per favorire l'implementazione del ruolo nel *welfare* sanitario locale.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

AGENAS. (2023). Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità.

<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2298-agenas-pubblica-le-linee-di-indirizzo-infermiere-di-famiglia-o-comunit%C3%A0>

Andrews, C. S., Steller, J. V., & Friedman, A. K. (2021). Development of collaborative family nurse practitioner education using physician preceptors: A focused critical ethnographic study. *Nurse Education Today*, 107, 105110.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105110>

Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità. Profilo IFEC.

<https://www.aifec.it/profilo-ifec/>

Barisone, M., Busca, E., Bassi, E., De Luca, E., Profenna, E., Suardi, B., & Dal Molin, A. (2023). The Family and Community Nurses Cultural Model in the Times of the COVID Outbreak: A Focused Ethnographic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1948. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031948>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.

Braun, V., & Clarke, V. (2013). Successful qualitative research a practical guide for beginners. *Sage*.

Buerhaus, P. I., DesRoches, C. M., Dittus, R., & Donelan, K. (2015). Practice characteristics of primary care nurse practitioners and physicians. *Nursing Outlook*, 63(2), 144–153. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.08.008>

BUR n. 127 del 26/09/2023 Deliberazione della Giunta Regionale n. 1123 del 19 settembre 2023 Approvazione del documento “Servizi di Infermieristica di famiglia o comunità” nell’ambito degli interventi per lo sviluppo dell’assistenza territoriale. D.M. 23 maggio 2022 n. 77. *Quotidiano Sanità*. (2023).

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1696246773.pdf>

Camedda, C., Scalorbi, S., & Longobucco, Y. (2021). The Family and Community Nurse Core Competencies: Integrating European standards into the Italian context. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 92(S2), e2021329. <https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11898>

Cohen, M. Z., Kahn, D. L., & Steeves, R. H. (2012). *Hermeneutic Phenomenological Research: A Practical Guide for Nurse Researchers*. Sage.

Co.N.S.E.N.So. Regione Piemonte.

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/consenso>

Conti, A., Albanesi, B., Busca, E., Martini, L., Costa, C., & Campagna, S. (2021). L'infermiere di famiglia e comunità: Panoramica sull'esercizio della professione in Europa - Family and Community nursing: overview of practice in Europe. *Assistenza infermieristica e ricerca: AIR*, 40, 131–136. <https://doi.org/10.1702/3694.36821>

Cooper, J., Bejster, M., Policicchio, J., Langhorne, T., Jackson, S., Shelton, P., & Toney, S. (2021). Public Health Nursing and Community Health Worker Teams: A Community-Based Preventive Services Clinic Exemplar. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 44(4), 264. <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000393>

Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale*. (2022). <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>

Dellafiore, F., Caruso, R., Cossu, M., Russo, S., Baroni, I., Barello, S., Vangone, I., Acampora, M., Conte, G., Magon, A., Stievano, A., & Arrigoni, C. (2022). The State of the Evidence about the Family and Community Nurse: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4382. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074382>

Domm, E., & Urban, A. M. (2020). Public health nurse perceptions of evolving work and how work is managed: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2017–2024. <https://doi.org/10.1111/jonm.13058>

D'Onofrio, di P. (2022). Health protection and territorial health organization: The figure of the family and community nurse (IFeC). *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 33(2), 177–183. <https://doi.org/10.3233/JRS-227005>

Drevdahl, D. J., & Canales, M. K. (2020). Being a real nurse: A secondary qualitative analysis of how public health nurses rework their work identities. *Nursing inquiry*, 27(4), e12360. <https://doi.org/10.1111/nin.12360>

EpiCentro. (2023). La Sorveglianza Passi d'argento. La qualità della vita vista dalle persone con 65 anni e più. *Istituto Superiore di Sanità*. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>

European curriculum for family and community nurse. Enhance. <https://www.enhance-fcn.eu/it/homeit/>

FNOPI Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. (2020). POSITION STATEMENT L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'. <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/Position-IFEC-30-settembre.pdf>

Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2021). Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

Hämel, K., Toso, B. R. G. O., Casanova, A., & Giovanella, L. (2020). Advanced Practice Nursing in Primary Health Care in the Spanish National Health System. *Ciencia & saude coletiva*, 25(1), 303–314. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28332019>

How to become a family nurse practitioner. *Nurse.org*. (2023). <https://nurse.org/resources/family-nurse-practitioner/>

Istat. (2023). Annuario Statistico Italiano 2023. https://www.istat.it/storage/ASI/2023/ASI_2023.pdf

Istat. (2023). Indicatori demografici. Anno 2022. <https://www.istat.it/it/files/2023/04/indicatori-anno-2022.pdf>

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. *Gazzetta Ufficiale*. (2020). <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/07/18/20G00095/sg>

Marcadelli, S., Stievano, A., & Rocco, G. (2019). Policy proposals for a new welfare: The development of the family and community nurse in Italy as the key to promote social capital and social innovation. *Primary Health Care Research & Development*, 20, e109. <https://doi.org/10.1017/S146342361800083X>

- Ministero della Salute. (2021). Patto per la salute 2019-2021. *Patto per la salute*.
https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1299&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto
- Ministero della Salute. (2022). Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3270_allegato.pdf
- Murray I. (2008). Family health nurse project--an education program of the World Health Organization: the University of Stirling experience. *Journal of family nursing*, 14(4), 469–485. <https://doi.org/10.1177/1074840708327965>
- Musio, M. E., Vassalini, L., Centanaro, R., Bariola, M., Ghiozzi, M., Santacroce, M., Bacigalupo, L., Razeto, G., Soldano, G., Bracco, L., Aleo, G., Zanini, M., Catania, G., Manganello, F., Pozzi, F., Sasso, L., & Bagnasco, A. (2022). Advancing nursing in Italy through the development and evaluation of an innovative postgraduate programme in Family and Community Nursing—A pilot study. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 63(2), E331–E343. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.2.2533>
- Nasce in Toscana l’infermiere di famiglia e comunità. Si occuperà di Cronicità e Territorio e dell’Assistenza a domicilio. *Quotidiano Sanità*. (2018).
https://www.quotidianosanita.it/toscana/articolo.php?articolo_id=62786
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Chronic disease self-management program (CDSMP). *Centers for Disease Control and Prevention*.
https://www.cdc.gov/arthritis/marketing-support/1-2-3-approach/docs/pdf/provider_fact_sheet_cdsmp.pdf
- Nic Philibin, C. A., Griffiths, C., Byrne, G., Horan, P., Brady, A. M., & Begley, C. (2010). The role of the public health nurse in a changing society. *Journal of advanced nursing*, 66(4), 743–752. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05226.x>
- Olds, D., Donelan-McCall, N., O’Brien, R., MacMillan, H., Jack, S., Jenkins, T., Dunlap, W. P., O’Fallon, M., Yost, E., Thorland, B., Pinto, F., Gasbarro, M., Baca, P., Melnick, A., & Beeber, L. (2013). Improving the Nurse–Family Partnership in Community Practice. *Pediatrics*, 132(Suppl 2), S110–S117. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1021I>

Organizzazione Mondiale della Sanità. (1998). Salute21 Introduzione alla politica della salute per tutti nella Regione Europea dell'OMS. *cipesalute.org*.

http://cipesalute.org/cedo/allegati/1049_Salute21_sintesi_italiano.pdf

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2000). L'INFERMIERE DI FAMIGLIA Contesto, struttura concettuale e curriculum. *Quotidiano Sanità*.

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7468469.pdf>

Pisano González, M. M., González Pisano, A. C., & Abad Bassols, A. (2019). Community and family nurse: Present keys, future challenges. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 29(6), 364–368. <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2019.10.004>

Pletti, L. (2022). Infermiere di comunità nei distretti della Bassa Friulana. Ecco perché funziona. *Quotidiano Sanità*. https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=108146

Proposta di linee di indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità ex L. 17 luglio 2020 n. 77. *Nurse24.it*. (2021). https://www.nurse24.it/images/allegati/documento_regioni_ifec.pdf

Redazione Roma. (2022). Infermieri supplenti dei Medici, la sperimentazione in Lombardia fa discutere. *Nurse24.it*. <https://www.nurse24.it/infermiere/attualita-infermieri/lombardia-infermieri-supplenti-medici-famiglia.html>

Royer L. (2011). Empowerment and commitment perceptions of community/public health nurses and their tenure intention. *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 28(6), 523–532. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2011.00947.x>

Sánchez-Muñoz, F., Fernández-Medina, I. M., Granero-Molina, J., Suazo-Galdames, I. C., Nunez-Nagy, S., Ventura-Miranda, M. I., & Ruíz-Fernández, M. D. (2023). Experiences in the training of specialist family and community nurses: A qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1154084. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1154084>

Schaffer, M. A., Strohschein, S., & Glavin, K. (2022). Twenty years with the public health intervention wheel: Evidence for practice. *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 39(1), 195–201. <https://doi.org/10.1111/phn.12941>

Siivola, U., & Martikainen, T. (1990). The public health nurse—The linchpin of primary health care. *World Health Forum*, 11(1), 102–107.

Zanotti, R., & Corso, A. D. (2022). L'INFERMIERE DI FAMIGLIA NEL NUOVO PIANO TERRITORIALE PNRR: ANALISI DEL PROFILO E PROPOSTA FORMATIVA. *Thesis and Dissertation Padua Archive. Università degli Studi di Padova.*
<https://thesis.unipd.it/handle/20.500.12608/41539>

ALLEGATI

Allegato 1. Consenso alla partecipazione alla raccolta dati e al trattamento dei dati personali



Dipartimento di Medicina Molecolare
Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

Allegato 4 - Modulo di consenso alla partecipazione alla raccolta dati e al trattamento dei dati personali

Padova, il _____

Gentile, mi chiamo Coldebella Matilda, sono una laureanda del Corso di Laurea Magistrale in SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE presso l'Università degli Studi di Padova, iscritta all' Anno Accademico 2022/2023.

Per elaborare la tesi di laurea dal titolo "Aspettative di ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità: studio qualitativo" ho necessità di effettuare una raccolta dati; a tal proposito Le chiedo cortesemente di potermi dedicare alcuni minuti per rispondere alla mia intervista.

Nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e successive modificazioni, si assicura che i dati rilevati saranno oggetto di trattamento con il Suo consenso nell'osservanza della legge.

Ringrazio per l'attenzione dedicatami e porgo cordiali saluti.

Firma del laureando

CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE ALLA RACCOLTA DATI

Io sottoscritto (nome e cognome) _____

Accetto di partecipare alla raccolta dati finalizzata alla tesi di laurea "Aspettative di ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità: studio qualitativo", acconsentendo a rispondere al questionario di raccolta dati socio-demografici somministrato oralmente e alle domande dell'intervista semi-strutturata registrata.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto (nome e cognome) _____

Dichiaro di aver ricevuto le informazioni cui all'artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e successive modificazioni, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ed acconsento al trattamento dei miei dati personali con le finalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla stesura della tesi dal titolo "Aspettative di ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità: studio qualitativo".

Si allega l'informativa al trattamento dei dati personali.



Dipartimento di Medicina Molecolare

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata, a tutela della vostra riservatezza e dei vostri diritti.

Natura dei dati

I dati trattati sono essenzialmente dati personali e sensibili ovvero i dati definiti ex art. 9 del GDPR 2016/679 come "dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona".

Finalità del trattamento

Il Trattamento dei Suoi/Vostri dati personali avverrà per le seguenti finalità: per motivi di ricerca scientifica.

Modalità del trattamento

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33- 36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Diritti dell'interessato

In qualità di interessato è riconosciuto l'esercizio di specifici diritti, tra cui, in particolare, quello di ottenere in qualunque momento la conferma dell'esistenza o meno dei Suoi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, la rettificazione o la cancellazione. Per motivi legittimi, inoltre, Lei potrà opporsi al trattamento dei dati personali che la riguardano. Il testo del suddetto articolo, contenente l'elenco completo dei diritti riconosciuti dalla Legge all'interessato, è ad ogni modo integralmente riportato in calce alla presente informativa.

Art. 7. D. Lgs. 196/2003 ed articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Allegato 2. Mappa tematica creata attraverso il supporto del software Atlas.ti.

