



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

**“Le competenze agite dell’Infermiere di Famiglia e di
Comunità: la gestione del paziente oncologico cronico a
domicilio”**

Relatore:

Prof.ssa a c. Elsa Labelli

Laureando:

Iskurti Maliqe

Matricola n. 2020651

Anno Accademico 2022/2023

ABSTRACT

PROBLEMA: la popolazione italiana è sempre più anziana e con una prevalenza crescente di malattie croniche, in particolare del malato oncologico, in quanto richiede un modello di cure incentrato sulla persona e famiglia, orientato verso la prossimità a livello territoriale, interprofessionale e proattivo, in grado di migliorare così la qualità di vita delle persone. L'emergenza Covid19 ha dimostrato che si sono allungati i tempi di intervento per i malati oncologici e si sono ridotti gli screening, i follow-up e le terapie con peggioramento degli outcomes clinici. Il passaggio dell'assistenza del malato oncologico dal setting ospedaliero a domicilio ha attribuito un ruolo in primo piano alla figura dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFeC).

OBIETTIVO: indagare lo sviluppo della figura dell'IFeC in ambiti nazionali ed internazionali, per individuare quali sono le competenze agite richieste per rispondere all'assistenza del paziente affetto da cancro e come collabora con le altre figure infermieristiche territoriali (Infermiere specializzato in Cure Palliative e Infermiere dell'Assistenza Domiciliare Integrata) al fine di favorire la gestione assistenziale relativamente alle condizioni del paziente oncologico a domicilio.

CAMPIONE: paziente oncologico cronico a domicilio di età >18 anni e infermieri responsabili dell'assistenza domiciliare

METODI E STRUMENTI: sono stati consultati i seguenti *database* elettronici: PubMed, EBN Guidelines, Medline, Cinahl, Google Scholar, durante il mese di agosto 2023. Gli articoli inclusi sono stati pubblicati negli ultimi 15 anni, nel contesto nazionale e internazionale.

RISULTATI: sono stati reperiti 10 articoli dei quali: n. 4 studio descrittivo qualitativo, n. 2 studio qualitativo, n. 2 studio osservazionale descrittivo, n. 1 revisione bibliografica, n. 1 studio clinico randomizzato. Nessuno degli articoli considerati affronta unicamente la figura dell'IFeC relativamente ai bisogni assistenziali del paziente oncologico, ma in ogni articolo selezionato è stato discusso il ruolo dell'IFeC analizzandola sotto diversi aspetti, come ad esempio l'educazione al rientro domiciliare del paziente oncologico, il monitoraggio dei segni e sintomi, il supporto psicologico sia per il paziente che il familiare stesso e la precoce identificazione di problemi che richiedono un intervento interdisciplinare.

DISCUSSIONE: non tutti gli studi si soffermano al ruolo dell'IFeC nella gestione del paziente oncologico cronico. I risultati di questo studio hanno mostrato che ci sono vari contesti in cui gli infermieri di famiglia e comunità possono fornire i loro servizi ma il loro ruolo non è stato ancora ben definito ed è poco valorizzato. Gli interventi assistenziali per soddisfare i bisogni del paziente oncologico a domicilio vengono categorizzati in quattro categorie: bisogni fisici, bisogni psicologici, bisogno di informazione e bisogno economico. La figura dell'IFeC è considerata essenziale per garantire le cure ad un paziente oncologico a domicilio. Risulta fondamentale la presenza di questa figura sia per il paziente che per la famiglia come componenti importanti per garantire la continuità delle cure per soddisfare i loro bisogni (Oosterveld-Vlug et al, 2019). Dagli studi presi in considerazione, si evidenziano che gli interventi con maggior coinvolgimento dell'IFeC sono quelli che soddisfano di più il bisogno di informazione e il bisogno psicosociale.

CONCLUSIONI: da quanto emerso da questa revisione bibliografica, le competenze agite della figura dell'infermiere di famiglia e comunità, nel contesto del paziente oncologico cronico a domicilio non sono chiaramente delineate. Infatti, le competenze

dell'IFeC nella gestione del paziente oncologico sono state poco studiate sia in ambiti nazionali che internazionali. Con l'emergenza Covid19 si è messo l'accento sull'efficacia delle cure primarie soffermandosi nel ruolo dell'IFeC come una figura chiave che può identificare precocemente le condizioni di rischio e fragilità del paziente oncologico grazie alla sua presenza attiva a domicilio. Inoltre, l'IFeC può garantire assistenza incentrata sia sul paziente che la famiglia e coinvolgere entrambi nella presa di decisioni durante tutto il decorso della malattia. Hosseinnejad et al., (2022) ha studiato e analizzato lo scopo di questa figura non ancora sviluppata in Iran, ma sviluppata diversamente in ambiti internazionali determinando che i servizi garantiti dall'IFeC dipendono dalla cultura e dal sistema sanitario del proprio paese. Dal presente elaborato emerge la diversità di sviluppo di competenze di questa figura in ambiti internazionali. Risulta, infatti, difficile affermare le competenze e interventi infermieristici assistenziali di questa figura che sta cambiando notevolmente negli ultimi anni.

PAROLE CHIAVE: *“Infermiere di famiglia”, “cancro”, “infermiere distrettuale”, “interventi infermieristici”, “cure palliative”, “assistenza domiciliare”, “effetti del cancro”, “competenze dell’infermiere di famiglia”, “infermiere di comunità”.*

KEY WORDS: *“family health nurse”, “cancer”, “district nurse”, “nursing interventions”, “palliative care”, “home nurse”, “homecare”, “cancer effects”, “family health nurse competencies”, “community nurse”.*

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	pag. 1
---------------------	--------

CAPITOLO I - PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema	pag. 3
1.2 Obiettivo dello studio	pag. 4
1.3 Quesiti di ricerca	pag. 4

CAPITOLO II - TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1 Sviluppo normativo dell'assistenza territoriale e modelli dell'assistenza territoriale.	pag. 7
2.1.1 Nuovi modelli di assistenza territoriale secondo DM n. 77/2022	pag.12
2.2 Modelli Organizzativi Assistenziali Internazionali in cui sono presenti gli IFeC	pag. 14
2.3 Figura infermieristica nel territorio	pag. 16
2.3.1 Infermiere di Famiglia e Comunità	pag. 16
2.3.2 Infermiere dell'Assistenza Domiciliare Integrata	pag. 19
2.3.3 Infermiere in Cure Palliative	pag. 20
2.4 Assistenza infermieristica per soddisfare i bisogni del paziente cronico oncologico a domicilio	pag. 21

CAPITOLO III - MATERIALI E METODI

3.1 Criteri di selezione degli studi	pag. 25
3.2 Strategia di ricerca per individuare gli articoli	pag. 25
3.3 Selezione degli studi	pag. 27
3.4 Descrizione degli studi inclusi	pag. 27
3.5 Descrizione degli studi esclusi dalla revisione	pag. 30

CAPITOLO IV - *RISULTATI*

- 4.1 Qualità metodologica degli studi pag. 31
4.2 Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti pag. 31

CAPITOLO V - *DISCUSSIONE*

- 5.1 Discussione pag. 39
5.2 Limiti dello studio pag. 43

CAPITOLO VI - *CONCLUSIONI*

- 6.1 Implicazioni per la pratica pag. 45
6.2 Implicazioni per la ricerca pag. 45

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

NORMATIVA

ALLEGATI

Allegato N° 1 – 30 Competence Core dell'IFeC

INTRODUZIONE

Visto che la cura ed il miglioramento della salute rappresentano un obiettivo per tutti i Paesi del mondo, le cure di comunità rappresentano un ambito in fase di sviluppo per l'attività infermieristica. Ciò risulta particolarmente vero in quanto i sistemi sanitari danno importanza crescente ai servizi sanitari territoriali ed orientati alla famiglia e comunità. I ruoli che l'infermiera svolge nella cura della salute sono diversi, così come lo sono le comunità, gli individui ed i luoghi dove le infermiere esercitano. In questa prospettiva, la famiglia rappresenta l'obiettivo primario dell'assistenza.

Questo elaborato è nato dall'interesse sviluppato in seguito alla mia esperienza di tirocinio svolta presso il Distretto Socio-Sanitario di Cure Palliative e Assistenza Domiciliare Integrata, durante la quale ho avuto l'opportunità e l'occasione di interagire con pazienti affetti da cancro in diverse fasi della malattia, osservando la complessità di gestione di una patologia così impegnativa da trattare nel territorio. Lavorando nel territorio e con questa nuova figura infermieristica "*Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)*" che da novembre 2022 è presente anche nell'Azienda Sanitaria "*Veneto Orientale*" ULSS n. 4, della Regione Veneto, ho potuto raccogliere elementi di riflessione circa la funzione di ciascuna figura infermieristica presente nel nostro SSN. Da qui scaturisce l'interesse di approfondire la figura dell'IFeC, le sue competenze e le attività svolte rispetto alle altre figure nella gestione del paziente oncologico a domicilio e come queste collaborano assieme al fine di garantire continuità assistenziale.

L'Infermiere di Famiglia e Comunità ha un ruolo importante nell'educazione dei pazienti per supportare le malattie croniche, fornendo assistenza mirata al raggiungimento dell'autonomia della persona e la sua assunzione di responsabilità nei confronti del proprio stato di salute, e supportando il riconoscimento tempestivo delle alterazioni, prevenendo le complicanze. L'area di maggior interesse è la prevenzione terziaria che fa riferimento a tutte le azioni volte al controllo e contenimento dell'avanzamento degli esiti più complessi di una patologia. Consiste nell'accurato controllo clinico-terapeutico di malattie ad andamento cronico e irreversibile e ha come obiettivo quello di evitare, o comunque limitare, la comparsa sia di complicazioni tardive che di esiti invalidanti. Per prevenzione terziaria si intende

anche la gestione dei deficit e delle disabilità funzionali consequenziali a uno stato patologico, o disfunzionale, con caratteristiche di cronicità.

Nel territorio vengono offerti diversi servizi infermieristici rivolti al paziente cronico oncologico, ma non è chiaro come essi si integrino per rispondere ai bisogni di salute degli individui e delle loro famiglie. (European Commission, 2021).

Pertanto, si vorrebbe capire come le diverse figure infermieristiche collocate nei servizi territoriali interagiscono e collaborano in termini di attività assistenziali per garantire la continuità delle cure.

CAPITOLO I: PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1-Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema

Le nuove necessità della società in relazione ai cambiamenti in atto sia sul piano clinico che quello epidemiologico, oltre a quello demografico e sociale, richiedono che nei prossimi anni le Aziende sanitarie si attivino per intraprendere ed implementare dei nuovi percorsi assistenziali che dovranno soddisfare le esigenze di cura quanto più vicino possibile al domicilio dei cittadini. Ciò, in quanto la popolazione italiana è sempre più anziana e con una prevalenza crescente di malattie croniche in conseguenza alla transizione demografica ed epidemiologica in atto. Tale cambiamento richiede un modello di cure incentrato sulla persona e sulla famiglia e orientato verso la prossimità a livello territoriale, interprofessionale e proattivo, in grado di migliorare così la qualità di vita delle persone. I modelli assistenziali attualmente utilizzati risultano inadeguati a rispondere ai bisogni dei pazienti cronici, in particolare quelli oncologici, che risultano essere ancora troppo focalizzati al modello ospedaliero. Infatti, le cure oncologiche sono attualmente ancora concentrate in ambito ospedaliero con una complessa organizzazione del percorso e un impatto negativo sui tempi di intervento e sulla qualità di vita del paziente. Con la pandemia Covid19 si sono allungati ancora di più i tempi di intervento per il malato oncologico, infatti risultano essere ridotti gli screening, i follow-up e le terapie, con peggioramento degli outcomes clinici. La riorganizzazione delle cure primarie attorno alla parola chiave “*prossimità*” rappresenta pertanto un elemento imprescindibile della sanità del futuro. Garantire la continuità delle cure nelle transizioni tra i diversi contesti è fondamentale per soddisfare i bisogni degli assistiti, evitare che siano lasciati soli e costretti a ricorrere a forme di assistenza inappropriate. Secondo i dati presentati recentemente proprio dalla F.A.V.O (Federazione delle Associazioni a servizio dei malati di cancro e delle loro famiglie), l'emergenza ha dimostrato le criticità che possono derivare dalla scarsa interazione e integrazione tra ospedale e territorio. In ciò ha contribuito un ruolo primario alla figura dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFeC) in tutte le Regioni, come previsto nel Patto per la Salute 2019-2021 per le cronicità. Una recente indagine della Federazione italiana di Cure Palliative (2019), analizza i pazienti per setting di

cura, da cui emerge che il 78% viene trattato tramite cure domiciliari, il 16% in Hospice, mentre l'1% in RSA e ospedale. L'IFeC, attraverso una presenza continuativa e proattiva nel territorio, facilita la presa in carico e la continuità dell'assistenza in collaborazione con altri professionisti del territorio, in particolare gli infermieri dell'ADI e specialisti in Oncologia e Cure Palliative. Quindi, uno dei ruoli essenziali dell'IFeC, figura prioritaria accanto all'infermiere specializzato in oncologia e in cure palliative, è il monitoraggio della stabilità clinica assistenziale e la valutazione di eventuali cambiamenti di salute del paziente in caso di malattia oncologica cronica.

1.2 Ipotesi

Con questo studio si vuole indagare lo sviluppo della figura dell'IFeC in ambiti nazionali ed internazionali, quali sono le competenze agite richieste per rispondere all'assistenza del paziente affetto da cancro e come collabora con le altre figure infermieristiche territoriali (Infermiere specializzato in Cure Palliative e Infermiere dell'Assistenza Domiciliare Integrata) al fine di favorire la gestione assistenziale relativamente alle condizioni del paziente oncologico a domicilio.

1.3 Lo scopo/obiettivo dello studio

Questo lavoro di tesi ha come obiettivo quello di ricercare in letteratura quali sono le competenze agite dell'IFeC e indagare quali attività svolge questa nuova figura rispetto alla gestione del paziente oncologico e quali e quante competenze possono essere delegate.

1.4 Quesiti di ricerca

L'elaborato di tesi, rispetto all'obiettivo posto, intende rispondere ai seguenti interrogativi:

- 1) La figura dell'IFeC è inserita in tutti setting territoriali di Cure Primarie internazionali e nazionali per migliorare la risposta ai fabbisogni assistenziali nel paziente affetto da cancro?
- 2) Quali interventi sono realizzabili a domicilio dall'IFeC per monitorare la condizione di salute del paziente oncologico?

- 3) Quali sono le competenze specifiche agite a domicilio in relazione ai diversi bisogni assistenziali del paziente oncologico e del suo caregiver?
- 4) Con quali figure territoriali collabora IFeC per erogare interventi assistenziali nella gestione dei pazienti affetti da cancro?

CAPITOLO II: TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1 Sviluppo normativo dell'assistenza territoriale e modelli dell'assistenza territoriale.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato istituito con la legge n.833 del 1978 e si basa su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità. Il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone. Viene ispirato ai principi dell'OMS secondo i quali *“L'assistenza sanitaria di base rappresenta il primo livello di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario in un quadro di effettiva partecipazione”* (WHO, 1978).

Nonostante i vari tentativi di migliorare e di uniformare l'assistenza a livello nazionale, il SSN rimane disarticolato e l'approccio di Primary Health Care tarda ad arrivare in Italia.

Nel 1998, l'OMS pubblicò Health 21 la cui finalità si basa sul raggiungimento del pieno potenziale di salute per tutti come diritto universale in relazione all'aumento della qualità di vita sia del singolo che delle comunità nel continuo sviluppo economico globale. Il documento è stato approvato dal Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa a seguito di ampie consultazioni tra i 51 Stati europei membri ed altre importanti organizzazioni. Il programma definisce 21 obiettivi per il ventunesimo secolo con l'intenzione di fornire un quadro di riferimento per l'azione di ciascun Stato membro. La finalità costante è il raggiungimento per tutti del massimo potenziale di salute attraverso due obiettivi principali: la promozione e la protezione della salute delle persone lungo l'intero arco della vita; la riduzione dell'incidenza delle malattie e il sollievo dalle sofferenze che esse causano. L'obiettivo 15 di questo programma mira all'integrazione del settore sanitario attraverso l'inserimento di un infermiere di famiglia adeguatamente formato che sviluppi significativamente la prevenzione delle malattie e assicuri il trattamento precoce ed efficace ai pazienti che non necessitano di assistenza ospedaliera. L'obiettivo 18 e 19 introducono l'infermiere di famiglia come una figura con un ruolo chiave nell'affrontare bisogni della famiglia nel contesto della comunità. (WHO, 1998).

Nel documento *Community Health Needs Assessment: an introductory guide for the family health nurse in Europe* (2001), L'OMS sottolinea che per avere efficacia, la pratica degli infermieri di famiglia deve basarsi sulla conoscenza approfondita della comunità e dei suoi bisogni; inoltre, gli infermieri di famiglia dovranno avere le competenze necessarie per valutare le famiglie e gli individui, con la loro salute e le relative esigenze. Inoltre, dovranno essere competenti per intraprendere la valutazione dei bisogni comunitari, individuali e familiari. (WHO, 2001).

In Italia, il professionista oggi definito IFeC trova una prima espressione in Regione Friuli Venezia Giulia (FVG) alla fine degli anni 90, identificandolo con il nominativo di "Infermiere di Comunità" nel Piano Attuativo Locale dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 Bassa Friulana (1998), per poi essere inserito in un vero e proprio Servizio, attivato nel 2004.

A livello nazionale, il Decreto Legislativo n. 22/99 recante "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale" e i precedenti Dlgs. 502/92 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421 e i Dlgs n. 517/99", indica l'assistenza Domiciliare Integrata (ADI) tra le funzioni e le risorse garantite dai distretti socio-sanitari la cui organizzazione è disciplinata dalle Regioni.

La Legge n. 296 del 2006 ha dato nuove Linee Guida di indirizzo per specifiche risorse legate alla sperimentazione di un nuovo modello assistenziale applicato alle cosiddette Case della Salute, attuato poi con il Decreto n. 269 del Ministero della Salute del 10 luglio 2007. Le Case della Salute vengono descritte come strutture polivalenti in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni sociosanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie. Successivamente, con il Decreto-legge n.158 del 2012, il cosiddetto *Decreto Balduzzi*, vengono riorganizzate le cure primarie ponendo l'attenzione all'assistenza territoriale come nodo principale del riordino della rete dei servizi sanitari territoriali; vengono stabiliti i criteri per la riorganizzazione in:

1. Aggregazione Funzionale Territoriali (AFT), quali aggregazioni mono professionali con effetti tipicamente organizzativi e non erogativi rappresentate dall'insieme di professionisti che hanno in carico il cittadino. L'obiettivo delle

AFT è realizzare una omogeneità nei comportamenti assistenziali alla popolazione assistita tramite la condivisione in forma strutturata di obiettivi, Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), strumenti di valutazione della qualità assistenziale, audit e strumenti analoghi;

2. Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) quale articolazione del Distretto che eroga prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione di MMG/PLS, dei medici di continuità assistenziale, degli specialisti e delle altre figure del Distretto.

Alcune Regioni hanno messo in atto, prima in via sperimentale e poi, in alcune realtà in via definitiva, modelli organizzativi di aggregazione funzionale che riguardano l'assistenza primaria, nonché la continuità assistenziale e il coinvolgimento di differenti professionalità. Ciò, evidenzia l'ampia disomogeneità tra le varie Regioni.

Nel 2012 la Regione Veneto, in attuazione ai Decreti della Giunta Regionale n. 41/11 n. 1666/11 costituì le Medicine di Gruppo Integrate (MGI) quale forma di aggregazione territoriale caratterizzata dalla costituzione di un team fondato su: integrazione multiprofessionale (MMG, infermieri, assistenti sociali); programmi di prevenzione; raccolta di dati socio-epidemiologico e dei bisogni della comunità; rete informativa.

Successivamente, con la Legge Regionale n. 48 del 28 dicembre 2018, viene approvato il Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2019-2023 in cui all'obiettivo numero 6 viene data importanza alla presa in carico della cronicità e della multi-morbilità per intensità di cura e di assistenza. Le leggi di riforma sanitaria regionale hanno tra le finalità il potenziamento dell'assistenza territoriale, della medicina di iniziativa, nonché dell'infermieristica di comunità.

Ulteriori documenti di indirizzo regionale (CoNSENS0 2016) trovano contestualizzata la sperimentazione dell'infermiere di famiglia e di comunità dedicata specificamente alla popolazione anziana ed orientata verso una visione strategica di tale figura professionale.

A livello nazionale il Patto per la Salute 2019-2021, approvato il 18 dicembre 2019 in sede di Conferenza Permanente Stato-Regioni prevede la definizione di linee di indirizzo al fine di introdurre parametri di riferimento per disciplinare in maniera uniforme nel territorio nazionale la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità.

Successivamente, il Decreto Legislativo n. 34/2020 inerente a *“Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID19”*, cosiddetto Decreto *Rilancio*, dispone l’introduzione dell’infermiere di famiglia, o di comunità (IfeC), al fine di rafforzare i servizi infermieristici, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti affetti da Sars-Cov2, anche coadiuvando le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e i servizi offerti dalle cure primarie. Tale misura si colloca all’interno del più ampio intervento successivo al DPCM 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”* per cui le Regioni e le Province Autonome attivano misure per garantire il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure a favore delle persone fragili, dei soggetti affetti da malattie croniche, disabilità, disturbi mentali, dipendenze patologiche, o ancora persone non autosufficienti o con bisogni di cure palliative.

Il Piano Regionale della Cronicità del 2020 prevede la presenza dell’IFeC quale attore principale delle cure primarie con un ruolo proattivo di prevenzione, anticipazione e presa in carico dei problemi secondo il modello del Chronic Care Model.

Le *“Linee di indirizzo Infermiere di famiglia e di comunità L. n. 77 del 17 luglio 2020”* indicano, in linea con gli orientamenti europei, due ambiti di competenza - famiglia e comunità - ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità/fragilità sul territorio. Tutti i concetti descritti, già delineati nel DL 19/05/2020 n. 34 insieme agli interventi straordinari di cooperazione multidisciplinare e multi-professionale che l’esperienza del Covid19 ha innescato, sono stati preliminari alla stesura del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e alla definizione dei requisiti minimi dell’offerta territoriale descritti nel DM 77/2022.

Il 30 aprile 2021 il Governo ha approvato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che delinea un *“pacchetto completo e coerente di riforme e investimenti”* necessario ad accedere alle risorse finanziarie messe a disposizione dall’Unione Europea con il Recovery and Resilience Facility. Tale piano, che si articola in 6 Missioni e 16 Componenti, rientra nel programma Next Generation EU (NGEU), promosso dall’Unione Europea come riposta alla pandemia e alla conseguente crisi

economica. La Missione 6, Missione SALUTE, si divide in due Componenti principali:

1. Componente 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.
2. Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN.

Nel documento approvato gli infermieri saranno decisivi per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero o in tutti questi casi dove c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Dossier, Senato della Repubblica & Camera dei Deputati, 2021).

La Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche ha redatto nel 2020 un Position Statement in cui viene descritta la figura dell'IFeC diversificandone gli interventi nei vari setting con le relative competenze e responsabilità negli stessi, da acquisire attraverso una formazione universitaria post-base.

Il 23 febbraio 2022 il Ministero della Salute ha trasmesso alle Regioni il decreto inerente a *“Modelli e standard per lo sviluppo della rete territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale”*, successivamente pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 26 giugno 2022 come Decreto Ministeriale n. 77. Si tratta di una riforma di sistema con cui si passa dal concetto di *“cura”* al *“prendersi cura”* del benessere fisico, sociale e mentale della persona secondo un approccio *“One Health”* con una visione olistica che si definisce nel Planetary Health, attraverso una riforma del quadro normativo dell'assistenza sanitaria di prossimità che definisce nuovi standard organizzativi, tecnologici e qualitativi. Il Decreto Ministeriale definisce gli standard dell'assistenza territoriale consentendo di tradurre la logica di *“rete”* tra il modello delle cure intermedie e il Distretto, luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari, nel rispetto della autonomia delle singole Regioni in merito alla organizzazione dei servizi sanitari come prevista dalla Legge Balduzzi (legge dell'8 novembre 2012 n. 189).

2.1.1 Nuovi modelli di assistenza territoriale secondo DM n. 77/2022

Il nuovo modello di assistenza sul territorio si muove su quattro principi cardini:

- 1) la Medicina di Popolazione si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo dei dati;
- 2) la Sanità di Iniziativa è un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi conclamate della condizione morbosa;
- 3) la Stratificazione della Popolazione che permette di individuare profili di rischio attraverso algoritmi predittivi, consentendo di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio;
- 4) il Progetto di Salute come strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socio-assistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura. Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitaria elettronico (FSE).

L'articolazione sul territorio dell'Azienda sanitaria è il Distretto Sociosanitario di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione. Il Distretto garantisce una risposta assistenziale integrata sotto il profilo di risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- 1) almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- 2) Case della Comunità spoke e ambulatori di MMG/PLS tenendo conto delle caratteristiche del territorio per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità, in particolare nelle aree interne e rurali;
- 3) almeno 1 IFeC ogni 3.000 abitanti, standard da intendersi come numero complessivo di infermieri impiegati nei diversi Setting assistenziali territoriali;
- 4) n. 1 Unità di Continuità Assistenziale (UCA) costituita da 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti;

- 5) n. 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora questo abbia un bacino di utenza maggiore;
- 6) la Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 su 7 giorni la settimana per tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a bassa intensità assistenziale.
- 7) un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- 8) l'Assistenza Domiciliare è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Standard: 10% della popolazione over 65 prendere in carico progressivamente;
- 9) la Rete delle Cure Palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, domiciliare e in hospice. I servizi della rete garantiscono cure e assistenza a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico e a prognosi infausta ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.
- 10) il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dal D.lgs. n.502/1992, è una struttura della Azienda Sanitaria Locale che garantisce la tutela della salute collettiva, proseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e miglioramento della qualità della vita;
- 11) la telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti, o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari.

2.2 Modelli Organizzativi Assistenziali Internazionali in cui sono presenti gli IFeC

Fin dall'inizio degli obiettivi stabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità attraverso la politica Salute 21, in molti paesi gli infermieri hanno cercato di sviluppare un'assistenza infermieristica che si concentrasse in particolare sull'assistenza familiare.

Negli Stati Uniti l'introduzione dell'IFeC risale agli anni Sessanta e si identifica nel Nurse Practitioner, ovvero in un infermiere che ha conseguito una formazione clinica avanzata e che fornisce una vasta gamma di servizi di prevenzione e assistenza ad individui di tutte le età. Nel loro quadro delle competenze, come definito nel Code of Ethics for Nurse with Interpretative Statements figurano il saper diagnosticare e trattare problemi acuti e cronici comuni, interpretare risultati di laboratorio e prescrivere farmaci, fornire educazione sanitaria e di prevenzione al fine di mantenere un buono stato di salute. Gli ambienti dove il Nurse Practitioner agisce sono principalmente l'assistenza domiciliare, gli ospedali, le case di riposo, gli ambulatori e le scuole e si occupa di tutti i pazienti senza distinzione di diagnosi attraverso strumenti di valutazione come il *The Seven Domain* (National Organization of Nurse Practitioners Faculties NONPF, 2022).

Il *Regno Unito* negli anni Novanta ha adattato il suo modello a partire da quello statunitense creando un percorso formativo secondario alla laurea di primo livello in Nurse Practitioner. Opera con pazienti in carico al General Practitioner esaminando i fattori di rischio e i segni precoci di malattia nei pazienti, sviluppando diagnosi ed interventi e fornendo educazione sanitaria. Gli ambienti in cui lavora sono principalmente il domicilio, gli ambulatori nelle aree rurali e nei centri di accoglienza prendendo in carico pazienti senza distinzioni di diagnosi e utilizzando come strumento di valutazione quello americano. A differenza del modello statunitense il Nurse Practitioner inglese può avvalersi delle competenze di altri specialisti del Primary Care come infermieri del distretto territoriale e gli Health Visitors. (Advanced Practice Nursing in the United Kingdom, 2022).

In *Australia*, l'IFeC è considerato la figura principale di Cure Primarie. Uno studio di revisione di Norful et al., (2017) in Spagna, Nuova Zelanda, Stati Uniti, Canada e Australia ha analizzato una serie di ruoli e responsabilità degli infermieri di famiglia e

comunità nelle cure primarie tra cui la vaccinazione, la valutazione dello sviluppo neonatale, la formazione delle madri sull'allattamento al seno e sulla nutrizione, la gestione dei pazienti cronici, gestione del piede diabetico, follow up dei pazienti oncologici dopo la dimissione, prescrizione di farmaci, valutazione dei segni vitali, lavaggio delle orecchie e mantenimento e aggiornamento di procedure cliniche (Norful et al, 2017).

In *Spagna* l'IFeC nasce negli anni Novanta attraverso l'*Asociacion de Enfermeria Comunitaria* che successivamente crea un Master di specializzazione in *Enfermeria Familiar y Comunitaria* accessibile dopo il Diploma universitario. L'infermiere di famiglia e di comunità opera attraverso attività di screening, orientamento ed informazione, attività di prevenzione, trattamento e monitoraggio della cronicità e educazione all'autocura. Gli infermieri, dopo aver effettuato un accertamento clinico e sociale, prescrivono, sulla base di protocolli concordati nel centro, procedure diagnostiche semplici (ematochimiche e radiologiche) e hanno un elevato grado di autonomia nella gestione ed assistenza del paziente cronico (Asociacion de Enfermeria Comunitaria, 2022).

Nel *contesto brasiliano* è diffusa la cosiddetta *Family Healthy Strategy* (FHS). Essa si focalizza sull'assistenza delle famiglie e della comunità, pertanto, l'équipe multiprofessionale è composta da infermieri, medici e operatori sanitari di comunità con conoscenze relative agli aspetti sociali, sanitari, culturali, economici, funzionali e organizzativi del Paese, potenziando l'autonomia degli utenti in materia di salute. Gli infermieri cercano di sviluppare interazioni di cura, prevenzione e promozione della salute, oltre a stimolare gli utenti a difendere i propri diritti basati sull'*advocacy* in salute, garantendo così l'efficacia delle azioni degli individui stessi. Questa azione comprende anche la costruzione della consapevolezza critica e la partecipazione degli utenti al processo decisionale in merito al miglioramento della qualità della vita. La pratica delle *Home Visit* consente inoltre una maggiore conoscenza della realtà concreta degli utenti in base alla percezione del proprio abitare, dei costumi, delle abitudini quotidiane, oltre a rafforzare la costruzione del legame tra utenti, operatori sanitari e infermieri. Questa azione è molto importante anche per identificare i reali bisogni di ciascun utente, attuando così azioni di difesa che siano consone alla realtà

più intima di ciascuno di essi. Infine, garantisce all'utente un accesso universale, equo e ordinato alle azioni e ai servizi sanitari (Mendes et al., 2021).

L'IFeC in *Scozia* ha subito una profonda modernizzazione nell'ultimo ventennio. La Scozia ha attivato subito il nuovo modello di assistenza territoriale a favore della famiglia, essendo stato scelto come paese pilota per la campagna OMS per lo sviluppo dell'IFeC e per risolvere i problemi derivanti dalla presenza di diversi ruoli e qualifiche degli infermieri. L'IFeC è il primo punto di contatto per gli utenti e funge da cardine tra territorio e servizi sanitari, effettuando attività di screening, prendendo in carico la cronicità e promuovendo cambiamenti nello stile di vita, occupandosi della salute dei bambini e dei genitori (Conti, et al, 2021).

In *Slovenia* i servizi di infermieristica di IFeC sono diventati obbligatori per legge nel 1974, quando è nata la necessità di riunire ostetriche, assistenti sociali e infermieri in un unico servizio rivolto alla comunità. Secondo la normativa slovena, l'IFeC è attualmente pienamente autonomo nella pianificazione delle attività prevenire, ma per le visite domiciliari di tipo tecnico-assistenziale il responsabile è il medico di famiglia. In *Giappone*, il ruolo degli IFeC è diventato più importante negli ultimi 50 anni a causa del quadruplicamento della popolazione anziana, e svolgono un ruolo chiave nell'attuazione dei programmi di promozione terziaria (Kabayama et al, 2014)

2.3 La figura infermieristica nel territorio

2.3.1 Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)

Il Decreto Ministeriale 77/2022 definisce l'IFeC come *“il professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'IFeC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali e concorre a realizzare la rete del welfare di comunità/generativo. È un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni,*

erogando prestazioni assistenziali sanitarie, a seconda del setting in cui opera. L'IFeC si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio.

In sintesi, l'Infermiere di Famiglia, o Comunità:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;
- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi della persona assistita;
- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità;
- svolge attività di counseling infermieristico e contribuisce ad attività di supporto motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo caregiver;
- lavora in forte integrazione con le reti socio-sanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di *“telemedicina e teleassistenza”* (DGR n. 43 18 gennaio 2023).

In Italia, le aree di intervento per l'IFeC sono state identificate nella ricerca: *“Infermiere di famiglia e di Comunità: proposte di Policy per un nuova welfare”* e sono riconducibili a tre:

- 1) l'assistenza infermieristica domiciliare rivolta al paziente post acuto o cronico con elevati bisogni assistenziali e al nucleo familiare di riferimento;
- 2) la promozione di azioni educative e preventive, nonché assistenziali e ambulatoriali rivolte al paziente cronico in buona salute e potenzialmente estensibile a tutta la popolazione;
- 3) le attività di ricerca promosse attraverso indagini epidemiologiche di comunità che sono spesso in condizioni di svantaggio sociale. (Rocco et al.,2017)

L'IFeC rappresenta un Case Manager che si prende completamente carico degli aspetti assistenziali della persona e della sua famiglia, identificandone i bisogni e conseguentemente pianificando, attuando e valutando l'assistenza erogata (D.G.R n. 597 del 4 giugno 2018). È in grado di promuovere l'empowerment per migliorare la compliance e l'adesione ai programmi di promozione della salute attraverso educazione terapeutica (Pandiani et al., 2016).

Le competenze richieste dalla figura IFeC sono state un argomento di studio negli ultimi anni. Il progetto europeo ENhANCE (European Curriculum for Family and Community Nurse Enhance" (2021) aveva l'obiettivo di colmare la distanza esistente tra le attuali competenze degli infermieri e le competenze effettivamente richieste sia dalle istituzioni pubbliche, sia da chi offre servizi privati per l'applicazione ai modelli sanitari innovativi centrati sull'assistenza di base. Il progetto Enhance si propone di definire un profilo di competenze core per l'IFeC che sia di riferimento per la costruzione di un curriculum europeo di questa figura in Europa basato sulle indicazioni dell'OMS. Successivamente, è stato condotto uno studio europeo e-Delphi che comprende 23 IFeC esperti, per identificare le competenze fondamentali per la definizione del percorso formativo dell'IFeC. Per definire il profilo, agli esperti sono stati forniti i 17 Core Competenze tratte dal "*The family health nurse context, conceptual framework and curriculum*" e con le 9 competenze tratte da "*A Framework for Community Health Nursing Education*", sviluppando così un Profilo Professionale composto da 28 competenze core. Il Position Statement individua n. 11 competenze core per l'infermiere di famiglia e comunità. Nel 2021, viene condotto in Italia uno studio per individuare le competenze core dell'IFeC integrando le competenze individuate dal progetto Enhance e lo studio e-Delphi tenendo presente il Tuning model, che individua le conoscenze e le competenze che devono aver acquisito tutti gli infermieri neolaureati al termine del percorso formativo. Nove delle undici competenze del Position Statement sono comprese tra le 28 competenze core, così come due delle tre competenze selezionate nel Tuning Model. Il benchmark ha prodotto un elenco di 30 competenze (Allegato n. 1) che integrano il profilo europeo a quello italiano (Camedda et al., 2021).

2.3.2 Infermiere dell'Assistenza Domiciliare Integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) assicurata dalle Aziende Sanitarie offre prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative a persone non autosufficienti, fragili e/o affette da patologie croniche di tutte le età. Dal 2017 afferisce all'area delle Cure domiciliari del SSN che, secondo il DPCM 14 gennaio 2001, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia erogate dai Comuni. L'attivazione del servizio avviene attraverso segnalazione al Punto Unico di Accesso (PUA) del paziente che necessita di ADI, da parte dei Medici di Medicina Generale e dei medici del reparto ospedaliero nella fase di pre-dimissioni. Il PUA è il gate-keeper d'ingresso del cittadino all'ADI ed è l'ambito in cui su programma, se ritenuta necessaria, la valutazione multidimensionale che è affidata a un'équipe pluri-professionale (UVMD). L'équipe elabora il Piano Assistenziale Individuale (PAI) che definisce finalità e obiettivi assistenziali per ogni area di bisogno e precisa la modalità e il livello d'intensità assistenziale da garantire. Le prestazioni erogate dal servizio ADI vengono classificate attraverso il Coefficiente di intensità assistenziale (CIA) che si ottiene dal rapporto tra il numero delle giornate erogate a domicilio (GeA) e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso (GdC). Il CIA, che secondo i LEA si articola da 0,14 a 1, definisce l'intensità assistenziale crescente in funzione della natura e dell'intensità del bisogno (Barsanti et al, 2020).

Le prestazioni dell'ADI sono stabilite nel documento della *“Commissione nazione per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”*. Secondo Italia Longeva (2019) l'ADI è in grado di garantire l'87% delle attività previste dai LEA; risultano garantite universalmente quelle essenziali, a bassa intensità. Meno garantiti il supporto educativo e psicologico all'assistito e alla sua famiglia. Le prestazioni infermieristiche vengono garantite solo nelle ore diurne dei giorni feriali e raramente è prevista una reperibilità degli operatori nelle 24 ore. L'ADI si caratterizza prevalentemente come un servizio prestazionale di somministrazione di assistenza, scarsamente coordinato in un progetto complessivo di cura ed erogato con modalità standardizzate e poco flessibili a cui la famiglia e l'assistito non possono fare altro che adattarsi. L'attuale sistema di cura domiciliare è basato su un modello organizzativo che non si basa su un'ottica di sostegno alla famiglia, ovvero di care, ma presuppone

la presenza significativa di un familiare o di un assistente familiare che copra i bisogni lasciati scoperti o erogati in quantità sufficiente (Barsanti et al.,2020).

2.3.3 Infermiere in Cure Palliative

Secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) le cure palliative (CP) *“sono un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate alle malattie inguaribili [che non rispondono più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte], attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di una valutazione e di un trattamento ottimali del dolore e degli altri problemi di natura fisica, psicosociale e spirituale”*.

In Italia, il primo utilizzo del termine *“rete di cure palliative”* risale al 1999 in un documento ufficiale, l'allegato n. 1 del DM della Sanità del 28 settembre 1999: *“La rete di assistenza ai pazienti terminali è costituita da una aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che opera in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel contesto territoriale, nel rispetto dell'autonomia clinico-assistenziale dei rispettivi componenti”*. Tale definizione si è modificata nel tempo fino ad arrivare a quella sancita nell'Intesa siglata nella Conferenza Stato-Regioni il 25 luglio 2012: *“La rete locale di cure palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle cure palliative erogate in ospedale, in hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale”*.

Le cure palliative domiciliari nell'ambito della rete assistenziale di cure palliative, vengono definite come: *“un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che di prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia, o di un prolungamento significativo della vita”*. La figura infermieristica di cure palliative a domicilio diventa centrale sia per il paziente, per i familiari, che per l'équipe di cure palliative. La centralità del ruolo infermieristico sta, oltre che nella tecnica, anche nel saper individuare la presenza di una sintomatologia variabile e

attivare tutto l'équipe di Cure Palliative. Le sue funzioni si esprimono attraverso l'acquisizione di un'alta padronanza di cinque fondamentali ordini di competenze, tra loro articolati: competenze etiche, competenze cliniche, competenze comunicativo-relazionali, competenze psicosociali e competenze di lavoro in équipe. L'infermiere di Cure Palliative cerca di rispondere a bisogni specifici (fisici, psico-affettivi, spirituali e familiari), valutati a partire dalla persona colpita da grave malattia (Dossier n. 270/2021).

2.4 Assistenza infermieristica per soddisfare i bisogni del paziente cronico oncologico a domicilio

“La casa come primo luogo di cura” è una frase molto utilizzata per i pazienti oncologici cronici che deriva dalla riforma profonda dell'ambito di cura e assistenza domiciliare che è diventata tra le priorità della sanità (F.A.V.O, 2019). Il passaggio del paziente oncologico dall'ambito ospedaliero al proprio domicilio richiede un'attenzione importante al trattamento dei bisogni assistenziale del paziente oncologico (Glajchen et al., 2001). Gli infermieri domiciliari svolgono un ruolo fondamentale nella gestione dei loro bisogni e ogni figura infermieristica del territorio assume una responsabilità primaria nella gestione di diverse fasi della malattia (Hassankhani et al., 2021). Dopo la pandemia, l'assistenza al paziente oncologico cronico si è spostata dalle strutture ospedaliere alle proprie case dei pazienti (Fabbri et al., 2020). L'identificazione dei bisogni assistenziali dei pazienti affetti da cancro è una componente principale della pianificazione dell'assistenza a domicilio. Pertanto, gli operatori sanitari territoriali dovrebbero valorizzare questa componente per adottare le misure necessarie e fornire di conseguenza l'assistenza “*in rete*” necessaria (Wang et al., 2018). I pazienti affetti da cancro hanno diversi bisogni assistenziali insoddisfatti e la complessità dei bisogni aumenta quando la cura del cancro viene fornita a domicilio (Wang et al., 2018). Per pianificare e fornire un'assistenza domiciliare, i bisogni assistenziali dovrebbero essere valutati dagli operatori sanitari in tutte le fasi della malattia stessa per l'identificazione precoce della sintomatologia (Puts et al., 2021). Uno studio categorizza i bisogni assistenziali del paziente oncologico cronico a domicilio in quattro categorie relative ai bisogni assistenziali: bisogni fisici (dolore cronico, ridotta motilità intestinale, nutrizione alterata inferiore

al fabbisogno/cachessia neoplastica, fatigue, integrità cutanea compromessa, alterazione della mucosa orale, compromissione dell'integrità tissutale, disidratazione, rischio di emorragia/infezioni), bisogni psicosociali (lutto anticipato correlato agli effetti negativi secondaria alla malattia, ansia e paura, disturbo dell'immagine corporea e scarsa autostima), bisogno di informazione (bisogno di informazione e autocura) e bisogno di sostegno finanziario (copertura assicurativa e sostegno da parte della comunità (Hassankhani et al., 2021).

Tabella I: Interventi infermieristici effettuati a domicilio a seconda di quattro categorie di bisogni assistenziali per il paziente oncologico cronico

BISOGNI ASSISTENZIALI della persona affetta da patologia oncologica	Interventi assistenziali infermieristici da attuare a domicilio
<p>BISOGNI FISICI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolore cronico - Nutrizione inferiore al fabbisogno - Ridotta motilità intestinale - Volume insufficiente di liquidi - Fatigue - Integrità cutanea compromessa - Alterazione della mucosa orale 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educazione del paziente a segnalare ogni variazione del dolore e adottare strategie non farmacologiche per alleviare il dolore. 2. Valutazione del dolore secondo una scala standardizzata 3. Riconoscere gli effetti terapeutici e avversi della terapia prescritta del dolore 4. Somministrazione e segnalazione degli effetti della terapia antalgica secondo la prescrizione medica
	<ol style="list-style-type: none"> 5. Educazione alimentare e trattamento di nausea e vomito per prevenire la malnutrizione 6. Educazione e monitoraggio della nutrizione enterale e/o parenterale per prevenire la malnutrizione e/o anoressia.
	<ol style="list-style-type: none"> 7. Interventi educativi e tecnici per trattare la stipsi
	<ol style="list-style-type: none"> 8. Riconoscere segni e sintomi dello stato di disidratazione del paziente 9. Idratazione del paziente per via transdermica
	<ol style="list-style-type: none"> 10. Istruire comportamenti necessari per aumentare le energie fisiche residue
	<ol style="list-style-type: none"> 11. Monitoraggio dello stato della cute del paziente e gli effetti collaterali della radioterapia 12. Monitoraggio delle lesioni cutanei e attivazione degli specialisti per il trattamento
	<ol style="list-style-type: none"> 13. Valutazione e trattamento di mucosite con interventi non farmacologici
	<ol style="list-style-type: none"> 14. Programmazione ed effettuazione degli esami laboratoristici

<p>BISOGNI PSICO-SOCIALI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansia e paura - Lutto anticipato 	<p>15. Gestione del distress psicologico con interventi non farmacologici</p> <p>16. Attuare interventi psico-educazionali con il paziente e la famiglia per affrontare il fine vita</p> <hr/> <p>17. Attivare e coordinare modelli territoriali presenti e integrare i servizi per l'assistenza globale domiciliare rispetto il fine vita</p> <p>18. Comunicare con il malato e i familiari per favorire supporto psicologico e informativo</p>
<p>BISOGNO DI INFORMAZIONI</p>	<p>19. Fornire informazioni durante ogni fase della malattia</p> <p>20. Educazione del paziente e del familiare a riconoscere e gestire gli effetti collaterali di ogni farmaco prescritto</p> <p>21. Calendarizzazione delle visite domiciliari previste a seconda delle condizioni del paziente</p> <p>22. Interazione telefonica/informatica per soddisfare le necessità di base del paziente</p>
<p>BISOGNO ECONOMICO</p>	<p>23. Fornire sostegno economico e attivare richieste per gli ausili se necessario</p> <p>24. Attivare i servizi in rete per garantire assistenza domiciliare globale</p>

CAPITOLO III: MATERIALE E METODI

3.1 Criteri di selezione degli studi

Disegno di studio: non sono state poste restrizioni inerenti al disegno di studio. Sono stati definiti eleggibili tutti gli studi che trattassero la figura dell'infermiere di famiglia e comunità nel contesto nella gestione del paziente oncologico cronico a domicilio e gli interventi infermieristici rivolti a tale paziente sia dall'IFeC che dall'infermiere dell'ADI e cure palliative.

Tipologia dei partecipanti: paziente oncologico cronico a domicilio di età >18 anni e infermieri responsabili dell'assistenza domiciliare.

Tipologia di intervento: interventi infermieristici di natura relazionale, tecnica ed educativa con finalità di trattamento tempestivo e di prevenzione delle complicanze durante l'assistenza nell'assistenza al paziente oncologico a domicilio.

Tipi di outcomes misurati: i criteri che saranno presi in considerazione da questa revisione della letteratura riguardano le competenze agite dell'infermiere di famiglia e comunità nell'assistenza territoriale a pazienti oncologici cronici a domicilio.

3.2 Strategia di ricerca per individuare gli studi

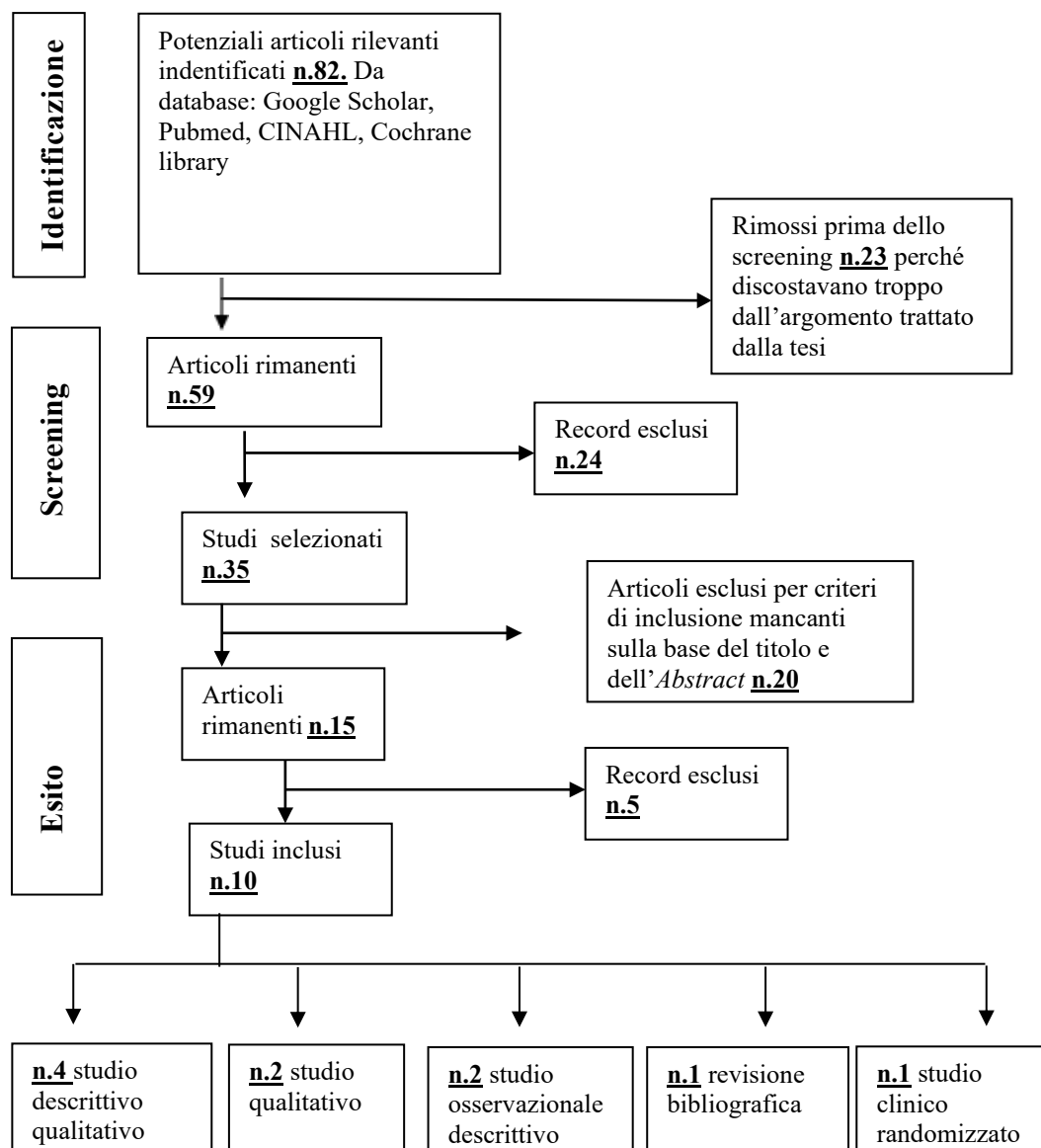
La strategia individuata per identificare gli studi inclusi nella seguente revisione della letteratura ha incluso la consultazione dei database elettronici quali: Pubmed, Google Scholar, EBN Guidelines, CINAHL Database, Cochrane library, Medline. La banca dati maggiormente consultata è Pubmed, dalla quale sono stati reperiti la maggior parte degli articoli inclusi nello studio.

La ricerca è stata svolta sia attraverso l'utilizzo di termini liberi, sia di Medical Subject Headings (Mesh), arrivando anche alla creazione di diverse stringhe di ricerca per poter individuare, in modo preciso, quanti più studi possibile presenti in letteratura. Le parole utilizzate sono state: *“family health nurse”, “cancer”, “district nurse”, “nursing interventions”, “palliative care”, “home nurse”, “homecare”, “cancer effects”, “competencies”, “registered nurse”, “community nurse”*

La ricerca è stata condotta a partire dall'utilizzo dei termini liberi per poi perfezionare le stringhe di ricerca in modo da focalizzare l'obiettivo, infine è stato svolto una

valutazione ed un confronto del materiale emerso in relazione ai contenuti teorici relativi alla figura dell'IFeC.

Durante la ricerca sono stati applicati i seguenti filtri: Full text (Testo integrale completo) Published in the last 10 years (Pubblicato negli ultimi 10 anni), avvalendosi anche di diversi operatori booleani (AND, OR, NOT): Health family nurse and palliative care, Nursing interventions at home and cancer patient, Family health nurse and cancer patient needs, District nurse and cancer patient interventions.



PRISMA FLOW CHART

3.3 Selezione degli studi

Per lo svolgimento del presente lavoro di revisione bibliografica, sono stati valutati e confrontati in modo critico gli studi rinvenuti in letteratura riguardanti gli interventi infermieristici da parte dell'IFeC nella gestione del paziente cronico a domicilio.

L'obiettivo iniziale era quello di rintracciare dalla letteratura gli studi più aggiornati possibile, che trattassero il ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità nel territorio e individuassero gli interventi svolti dalle figure coinvolte nel territorio per la gestione del paziente oncologico cronico di età >18 anni. Questo obiettivo non è stato completamente raggiunto, poiché non sono stati trovati articoli sufficientemente recenti che trattassero in maniera dettagliata l'argomento studiato nella seguente revisione bibliografica. Si è deciso di conseguenza di focalizzare la ricerca solamente sugli interventi svolti dalla figura dell'IFeC nella gestione del paziente oncologico cronico a domicilio ponendolo in relazione con gli interventi svolti da altre due figure infermieristiche territoriali presenti nel nostro SSN: infermiere di ADI e infermiere di Cure Palliative.

La maggior parte degli studi reperibili in letteratura che affrontano il tema del ruolo dell'IFeC nella gestione del paziente oncologico cronico sono stati svolti in contesti domiciliari, o di assistenza al paziente oncologico con un'aspettativa di vita maggiore di un anno. Non è stato possibile reperire un numero di studi adeguati negli ultimi 10 anni, per questo motivo si è deciso di retrocedere fino ai 15 anni. L'argomento trattato è in rapida evoluzione. La maggior parte degli articoli reperiti sono stati pubblicati successivamente alla pandemia Covid19. Gli studi trovati inizialmente erano 82 sia in lingua italiana che inglese, in modalità full-text. Dopo un'attenta lettura il numero di articoli è stato ristretto fino ad arrivare a 15 articoli. Con le successive letture si è ulteriormente ridotto il campo a 10 articoli che sono infatti considerati idonei ai criteri di inclusione, con conseguente esclusione di 5 articoli.

3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione

Tutti gli studi reperiti ed inclusi questo lavoro di revisione bibliografica sono stati esaminati utilizzando una tabella valutativa, che si riporta di seguito.

Tabella II: studi inclusi nella revisione

Autore, Anno di pubblicazione, paese	Disegno di studio	Campione	Risultati
1-Tralongo, Ferrà, Borsellino, Cerderame, Caruso, Giuffrida, Butera, Gebba, 2011, Italia	Revisione bibliografica	Figure professionali coinvolte nell'assistenza domiciliare del paziente con chemioterapia orale: medici, infermieri domiciliari, psicologi, assistente sociale.	Questa revisione bibliografica si concentra sullo studio di un nuovo modello di assistenza centrata sul paziente oncologico a domicilio. Il modello comprende l'assistenza continua dei pazienti trattati con farmaci chemioterapici per via orale o endovenosa, la quale ha inizio nell'ambulatorio di oncologia e può continuare anche a domicilio del paziente spesso senza supervisione. Risulta fondamentale la figura dell'IFeC per il monitoraggio della sintomatologia, educazione del paziente e familiare e trattamento immediato in collaborazione con le altre figure professionali coinvolti.
2-Bagnasco, Alvaro, Lancia, Manara, Rosero, Gennaro, Zega, Mangiacavalli, Mazzoleni, Sasso, 2022, Italia	Studio osservazionale descrittivo trasversale multicentrico che utilizza il metodo della survey.	Infermieri delle cure domiciliari a livello nazionale, gli utenti assistiti a domicilio e i loro caregiver	I risultati ottenuti dalla presente indagine evidenziano un forte bisogno di aumentare la conoscenza e la consapevolezza del bisogno di assistenza sanitaria comunitaria nella gestione delle malattie croniche, tra cui anche il cancro. La disponibilità di dati specifici potrà promuovere e supportare la figura dell'IFeC nei contesti di assistenza sanitaria territoriale, in modo da aumentare la qualità assistenziale percepita dai pazienti e le loro famiglie. Le cure mancate o la mancata presa in carico del paziente hanno implicazioni negative per la sicurezza dei pazienti domiciliari complessi, e aumentano i tempi richiesti per curare il paziente e ripristinare la sua autonomia. La figura dell'IFeC ricoprirà un ruolo chiave nell'assistenza sociosanitaria integrata. Non riguarda solamente l'educazione terapeutica o il follow-up del paziente, ma una gestione globale integrando una visione olistica a domicilio.
3-Oosterveld-Vlug, Custers, Hofstede, Donker, Rijken, Korevaar, Francke, 2019, Olanda	Studio qualitativo	13 pazienti affetti da cancro avanzato e 14 caregivers. I partecipanti hanno discusso le loro esperienze con l'assistenza e il supporto ricevuto dall'IFeC.	Lo studio si concentra sugli elementi essenziali di cure palliative di alta qualità a domicilio studiando le esperienze di un gruppo di pazienti affetti da cancro avanzato e i loro caregiver. Sia i pazienti che i caregiver ritenevano importante che l'IFeC fosse competente, disponibile, concentrato sulla persona e proattiva. La maggior parte degli intervistati ha indicato che questi elementi essenziali erano generalmente presenti nelle cure ricevute. Tuttavia, i requisiti di un "corretto trasferimento di informazioni tra professionisti" e di "procedure chiare e rapide" sono stati indicati come più difficili da soddisfare nella pratica effettiva.
4-Molassiotis, Brearley, Saunders, Craven, Wardley, Farrell, 2009, USA	Studio clinico randomizzato	164 pazienti con cancro colon-retto e cancro alla mammella ricevono assistenza domiciliare da IFeC e infermiere specializzata in oncologia per 18 settimane.	In questo studio, che valuta l'efficacia di un programma infermieristico domiciliare per la gestione dei sintomi dei pazienti con cancro del colon-retto e della mammella sottoposti a chemioterapia orale, si evidenzia che sono stati osservati miglioramenti significativi ai sintomi di mucosite orale, stipsi, dolore, nausea, affaticamento e insonnia trattati dall'IFeC riducendo l'accesso all'ospedale.
5-Asaumi, Oki, Murakami, 2022, Giappone	Studio descrittivo qualitativo	23 infermieri: infermieri di cure palliative, infermiere di famiglia, infermieri specializzati in oncologia, care managers	23 infermieri sono stati intervistati nel loro ambulatorio riguardante l'identificazione tempestiva dei pazienti affetti da cancro e dei caregiver che necessitano di discussione di fine vita. Si evidenzia che l'infermiere di famiglia garantisce assistenza di base come valutazione, iniezioni, trattamento di Ldp, educazione sull'alimentazione, igiene e assunzione di

			terapia e comunicazione con il paziente e caregiver. Inoltre, l'IFeC valuta sia lo stato fisico che psichico del paziente e del caregiver portando ad un'identificazione tempestiva di necessità di discussione e preparazione per il fine vita.
6-Marshall, Tobiano, Roberts, Isenring, Sanmugarajah, Kiefer, Fulton, Cheng, To, Ko, Lam, Molassiotis, 2020, Australia e Cina	Studio descrittivo qualitativo	64 partecipanti: 20 pazienti, 15 caregivers, 29 figure sanitarie professionali (tra cui anche IFeC)	Lo studio si concentra sulle percezioni dei pazienti e caregiver implementando un intervento per migliorare la nutrizione tra i pazienti oncologici per prevenire la malnutrizione. È stato condotto in due paesi internazionali, Australia e Hong Kong e in due setting diversi, uno ospedaliero e l'altro domiciliare. L'intervento dell'IFeC consiste in un intervento educativo condiviso con il paziente a domicilio risultando che il paziente a domicilio è in grado di percepire meglio le informazioni ed è in grado di seguire meglio le indicazioni.
7- Hosseinnejad, Rassouli, Jahani, Elahi, Molavynnejad, 2022, Iran	Studio qualitativo	22 infermieri coinvolti: IFeC, care managers, infermieri di assistenza domiciliare integrata.	In questo studio viene esaminato la figura dell'IFeC e le sue competenze verso il paziente affetto da patologia cronica che comprendono: la promozione della salute, la gestione dei pazienti cronici e degli anziani, i follow-up e le visite a domicilio.
8- Lang, Yan, Tang, 2013, China	Studio descrittivo qualitativo	Un paziente affetto da glioma cerebrale. gli infermieri di famiglia hanno valutato individualmente la situazione del paziente, la sua famiglia e l'ambiente sociale.	Lo studio si concentra sull'importanza della figura dell'IFeC nel paziente affetto da glioma cerebrale dopo il rientro a domicilio. Risulta che l'IFeC è una figura essenziale per individuare i problemi di salute reali del paziente. Gli infermieri specializzati in oncologia conducono follow ups telefonicamente, però le visite domiciliari effettuate dall'IFeC risultano fondamentali per individuare problemi di salute reali e soddisfare i loro bisogni.
9- Hassankhani, Deghannezhad, Rahmani, Ghafourifard, Soheili, Lofti, 2021, Iran	Studio descrittivo qualitativo	15 infermieri IFeC	I risultati di questo studio rivelano i bisogni di assistenza domiciliare dei pazienti affetti da cancro dal punto di vista degli infermieri di famiglia. Oltre ai bisogni fisici ed educativi, i pazienti oncologici hanno bisogno di supporto psicologico e comunitaria attraverso una cooperazione interdisciplinare di varie figure presenti nel territorio.
10- Falco, Palassini, Beccattini, Calattini, 2022, Italia	Studio osservazionale	Pazienti affetti da patologie croniche assistiti dall'IFeC e dall'Infermiere di Cure Domiciliari	Lo studio, se pur con alcuni limiti, sembra evidenziare che i domini di salute appartenenti alla sfera fisica e psicosociale sono risultati migliori nel campione assistito dall'IFeC. L'IFeC si disegna come la figura gestionale degli aspetti assistenziali e quindi il principale responsabile della presa in carico della persona, della famiglia e della comunità in cui è inserito.

Gli studi analizzati sono stati condotti n. 3 in Italia, n. 2 in Iran, n.1 in Cina, n.1 in Cina e Australia, n. 1 negli Stati Uniti, n. 1 in Giappone e n. 1 in Olanda. La popolazione oggetto degli studi presi in esame coinvolge, nella maggior parte, pazienti oncologici cronici che richiedono assistenza a domicilio. Solo uno studio condotto in Italia prende in considerazione pazienti affetti da patologie croniche (malato oncologico incluso non in fase terminale) assistiti dall'IFeC oppure Infermiere di Cure Domiciliari.

3.5 Descrizione degli studi esclusi nella revisione

Sono stati esclusi dal presente lavoro di revisione della letteratura gli studi che non hanno soddisfatto i criteri di inclusione, nello specifico: non rispondevano ai criteri di inclusione previsti e si discostavano dalla domanda di ricerca; presentavano un campione di infermieri, ove non veniva chiaramente specificato quello dell'IFeC; non era chiaro il ruolo dell'IFeC rispetto all'infermiere specializzato di Cure Palliative.

Tabella III: studi esclusi dalla revisione

Autore, Anno di pubblicazione, paese	Disegno di studio	Campione	Risultati
1-Rewegan, Danho, White, Winemaker, Hansen, MacLennan, Howard, 2019, Canada	Studio descrittivo qualitativo	11 figure sanitarie professionali: 6 medici di famiglia, 3 infermieri di cure palliative, 1 registered nurse e 1 registered practical nurse	L'obiettivo di questo studio è stato quello di individuare un approccio di cure palliative a domicilio per i pazienti con malattia terminale confrontando le attività di diverse figure sanitarie territoriali.
2-Lieberman, Sego, Vieira, Cheng, Xu, Arome, Azevedo, Ginsburg, So, 2023	Revisione bibliografica	Infermieri domiciliari	Lo studio prende in esame 180 studi di tutto il mondo ed elenca tra le figure importanti infermieristiche l'IFeC come figura fondamentale per la prevenzione del cancro tramite l'educazione comunitaria, valutazione dei FdR e segni e sintomi orientando i pazienti alle prossime visite per fare una diagnosi precoce.
3-Li, Chen, 2023, China	Studio qualitativo	42 IFeC a Shenzhen	L'obiettivo di questo studio è esaminare dal punto di vista infermieristico l'erogazione dell'assistenza da parte dell'IFeC in Cina. Questo articolo sollecita il punto di vista degli IFeC sugli ostacoli all'erogazione dell'assistenza sanitaria, fornendo un quadro di evidenza iniziale per migliorare la pratica infermieristica di comunità a livello organizzativo e politico.
4-McCorkle, Benoiel, Donaldson, Georgiadou, Moimpour, Goodell, 1998, USA	Studio clinico randomizzato	166 pazienti affetti da cancro al polmone suddivisi in quattro gruppi: un gruppo che riceve assistenza domiciliare da infermieri di CP, un gruppo da IFeC, un gruppo da ADI e un gruppo che non riceve assistenza domiciliare.	L'obiettivo era quello di determinare gli effetti dell'assistenza domiciliare rispetto alla normale assistenza ambulatoriale per 166 pazienti con cancro al polmone. Emerge che l'assistenza domiciliare porta ad un mantenimento della sintomatologia e ritardo delle complicanze, ritardo di deficit funzionali e riduzione del numero di ricoveri ospedalieri. Le competenze richieste di queste figure infermieristiche comprendevano conoscenza e gestione della sintomatologia, trattamento del cancro, valutazione e gestione del dolore, valutazione della sintomatologia presente, valutazione psicosociale, gestione del lutto anticipato, patofisiologia della morte.
5-Glajchen, DSW, Bookbinder, 2001, USA	Studio descrittivo qualitativo	1236 Infermieri domiciliari	L'obiettivo di questo studio è quello di valutare la conoscenza e competenza di un campione di infermieri domiciliari negli Stati Uniti relativamente alla gestione del dolore oncologico.

CAPITOLO IV- RISULTATI

4.1 Qualità metodologica degli studi

Analizzando gli studi inclusi nella revisione, è possibile affermare che la principale debolezza metodologica riguardi l'assenza di un confronto che possa far emergere quali tra gli interventi infermieristici realizzati dalle diverse figure infermieristiche citate siano maggiormente efficaci a garantire i bisogni assistenziali del paziente oncologico cronico a domicilio e quale figura infermieristica sia la più pertinente nella presa in carico degli stessi. Si è quindi proceduto ad un confronto autonomo degli interventi maggiormente citati in letteratura, cercando di comprendere la loro applicabilità alla pratica clinica attraverso le quattro categorie di bisogni assistenziali domiciliari evidenziati in letteratura (Hassankhani et al., 2021). Superando questo ostacolo, si è deciso di cercare articoli che trattassero l'assistenza del paziente oncologico cronico a domicilio o che valutassero la figura dell'infermiere di famiglia e comunità nel soddisfare i bisogni del malato oncologico. Vi è difformità negli studi selezionati, in quanto sono molto differenti nella tipologia. Sono stati reperiti complessivamente n.10 articoli dei quali: n. 4 studi descrittivo qualitativo, n. 2 studio qualitativo, n. 2 studio osservativo descrittivo, n. 1 revisione bibliografica, n. 1 studio clinico randomizzato. Nessuno degli articoli considerati affronta unicamente la figura dell'IFeC relativamente ai bisogni assistenziali del paziente oncologico, ma in ogni articolo selezionato è stato discusso il ruolo dell'IFeC analizzandola sotto diversi aspetti, come ad esempio l'educazione al rientro domiciliare del paziente oncologico, il monitoraggio dei segni e sintomi inerenti il quadro patologico, il supporto psicologico sia per il paziente che il familiare stesso e la precoce identificazione di problemi che richiedono un intervento interdisciplinare. Oltre a ciò, è necessario considerare anche l'eterogeneità dei campioni presi in considerazione che comprendono sia pazienti affetti da cancro e i loro familiari che infermieri domiciliari in numerosità anche molto differente tra uno studio e l'altro.

4.2 Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti

Il confronto tra gli studi presi in considerazione nella presente revisione bibliografica ha condotto all'analisi degli interventi assistenziali attuati dalle figure infermieristiche

territoriali in ambiti nazionali ed internazionali al fine di individuare la figura e le competenze agite dell'IFeC finalizzati a soddisfare i bisogni del paziente oncologico cronico. L'IFeC è una delle figure territoriali essenziali nelle cure primarie nell'identificazione dei problemi di salute. Infatti, può pianificare e attuare interventi assistenziali nella gestione del paziente oncologico e lavora in collaborazione con le altre figure territoriali (Hosseinnejad et al, 2021). Da questo studio si evince che il ruolo e gli ambiti di competenza dell'IFeC variano da paese a paese. (Hosseinnejad et al, 2021). In uno studio osservazionale condotto in Italia, che ha coinvolto soggetti affetti da patologie croniche (malato oncologico in fase terminale escluso) con l'obiettivo di descrivere lo stato di benessere percepito in due coorti di pazienti, uno assistito dall'IFeC e l'altro dall'infermiere dell'ADI risulta che lo stato di benessere e qualità di vita percepita è maggiore nel gruppo di pazienti assistiti dall'IFeC, in particolare nei domini inerenti alla sfera fisica e psicosociale. Il confronto dei domini di salute di entrambi i gruppi dimostra medie con valori tendenzialmente migliori negli assistiti tramite l'IFeC, in particolare le classi appartenenti a *“dolore fisico”*, *“limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica”* e *“indice di stato fisico”* (Falco et al, 2022). L'IFeC si disegna come la figura gestionale degli aspetti assistenziali e quindi il principale responsabile della presa in carico della persona, della famiglia e della comunità in cui è inserito (Bagnasco et al., 2022). L'IFeC riguarda sia gli aspetti assistenziali del periodo che segue immediatamente la dimissione dall'ospedale che l'educazione terapeutica e il follow up del paziente. L'assistenza infermieristica di comunità permette una presa in carico dell'assistito e di supporto alla sua famiglia, o i suoi caregiver mettendo in atto approcci innovativi e ricoprirà un ruolo chiave nell'assistenza sociosanitaria integrata (Bagnasco et al., 2022). All'estero la figura dell'IFeC è ampiamente studiata e svolge un ruolo importante nell'assistenza del paziente oncologico. In Italia invece risulta necessario analizzare in modo sistematico i diversi contesti assistenziali territoriali nazionali al fine di aumentare la conoscenza e consapevolezza del bisogno di assistenza sanitaria comunitaria (Bagnasco et al., 2022).

L'IFeC svolge un ruolo fondamentale nell'assistenza dei pazienti affetti da cancro al colon-retto o alla mammella che effettuano chemioterapia orale, o endovenosa a domicilio (Molassiotis et al., 2009). In questo studio clinico randomizzato condotto

negli Stati Uniti viene studiata l'efficacia degli interventi infermieristici nei pazienti dimessi con chemioterapia orale a domicilio. Il paziente oncologico può essere inviato al proprio domicilio con chemioterapia orale ma anche endovenosa dotato di elastomero. Risulta che l'IFeC svolge un ruolo cruciale soprattutto nei primi due cicli di trattamento con capecitabine in quanto il bisogno di informazione ed educazione terapeutica è maggiore, e il paziente riesce a seguire meglio le indicazioni grazie alla rieducazione e il sostegno psicologico forniti dall'IFeC. Sono stati osservati miglioramenti significativi riguardanti i sintomi di mucosite orale, stipsi, dolore, nausea, vomito, affaticamento ed insonnia. Si rivela necessario però, il coinvolgimento della figura dell'infermiere di cure palliative e altri servizi dopo il secondo trattamento con chemioterapia orale (Molaissiotis et al., 2009). Il monitoraggio della sintomatologia della chemioterapia orale dall'IFeC ha diminuito il tempo di lavoro garantito dalle altre figure territoriali (Tralongo et al., 2011). I sintomi di nausea e vomito, considerati minimali in un paziente oncologico, vengono gestiti dall'IFeC nella fase iniziale. Tralongo et al., (2011) dimostra che la gestione della sintomatologia della chemioterapia orale a domicilio in pazienti affetti da cancro ha diminuito del 10% degli accessi impropri in Pronto Soccorso nel 2010. Si evince che è necessario introdurre un approccio centrato sul paziente oncologico a domicilio per garantire un'assistenza infermieristica di alta qualità. Questo coinvolge l'IFeC e i servizi di cure palliative territoriali. (Tralongo et al., 2011).

Il ruolo dell'IFeC nella gestione della nutrizione inferiore al fabbisogno energetico del paziente oncologico viene trattato nello studio descrittivo qualitativo in cui un gruppo di pazienti ricevono educazione alimentare in ospedale in Australia e un altro gruppo a domicilio dall'IFeC a Hong Kong. Si evince che gli interventi educativi svolti a domicilio dall'IFeC sono più realistici in quanto l'IFeC prende in considerazione anche la cultura familiare dell'alimentazione, i benefici di una nutrizione in famiglia, il coinvolgimento del caregiver nell'alimentazione, i fattori che possono influire sull'alimentazione stilando un'assistenza infermieristica personalizzata. Rispetto all'educazione ricevuta all'ospedale, i pazienti esprimono che a casa si sentono di più

a loro agio, perciò capiscono meglio le informazioni fornite e seguono correttamente le indicazioni (Marshall et al., 2020).

Hassankhani et al. (2021), ha introdotto n. 4 categorie di bisogni del paziente oncologico cronico dalla prospettiva dell'IFeC che sono: bisogni fisici, bisogni psicosociali, bisogni educativi e bisogni finanziari e comunità. I bisogni fisici gestiti dall'IFeC risultano: dolore, nausea, vomito, anoressia, lesioni cutanee e fatigue. Questi bisogni fisici però vengono gestiti in collaborazione con il caregiver e altre figure territoriali. Il dolore cronico viene monitorato dall'IFeC e segnalato ad ogni cambiamento della sintomatologia del dolore alle Cure Palliative, i quali sono specializzati nel trattamento del dolore con farmaci analgesici sia per via orale, che per via endovenosa. Inoltre, l'IFeC monitora i sintomi di nausea, vomito e anoressia. Un infermiere dichiara che *“nausea e anoressia sono i sintomi più comuni dei pazienti oncologici a domicilio, perciò bisogna avvertire il medico il prima possibile per prevenire la malnutrizione. Spesso i pazienti non segnalano i cambiamenti perché credono in un miglioramento”* (Hassankhani et al., 2021). Pazienti oncologici che presentano nutrizione enterale, o parenterale, vengono monitorati ed educati dall'IFeC. Per il trattamento delle lesioni cutanee dovute alla malattia oncologica, l'IFeC interviene in modo tempestivo per la loro gestione con l'attivazione degli specialisti del trattamento delle lesioni a domicilio. Anche la fatigue viene trattata con interventi educativi dall'IFeC rivolti sia al paziente che al caregiver per aumentare le energie residue. Il supporto psicologico di questi pazienti viene categorizzata in bisogno di speranza e bisogno di affetto. L'IFeC, essendo in stretto contatto con il paziente e la famiglia, fornisce un sostegno psicologico che aiuta i pazienti ad affrontare la patologia soprattutto nella fase iniziale della diagnosi. Attraverso interventi educativi, l'IFeC fornisce informazioni riguardante il trattamento e i bisogni di autocura. Un infermiere dichiara che *“alcuni pazienti indossano una maschera ovunque vadano ma non è una buona cosa perché si sentono isolati e la necessità di comunicazione sociale è molto importante.”*, quindi la comunicazione e l'indirizzo dei pazienti affetti da cancro in gruppi di aiuto presenti nella comunità è essenziale (Hassankhani et al., 2021). Lo studio Oosterveld-Vlug et al. (2019), inizia considerando gli elementi di un'assistenza palliativa di alta qualità a domicilio attraverso uno studio qualitativo condotto ad un campione di n. 13 pazienti oncologici in fase avanzata e n. 14

caregivers. Per fare ciò, Oosterveld conduce delle interviste per analizzare il ruolo dell'IFeC rispetto a quello dell'infermiere di cure palliative. Si evince che l'IFeC stabilisce una relazione più forte con il paziente e i familiari ed è disponibile 24 ore su 24 e spesso condivide anche il numero di telefono personale. L'IFeC è attenta e empatica, garantisce supporto emozionale sia al paziente che al familiare e tende ad includere la storia personale e familiare del paziente in un trattamento specializzato. È importante che la figura professionale sia a contatto continuo con la famiglia. Dallo studio si rivela che l'infermiere di cure palliative non mantiene un contatto stretto come l'IFeC. Con l'IFeC si instaura una relazione di fiducia la quale è definita molto importante da tutti gli intervistati. Un caregiver di un paziente con cancro afferma che *“spesso i medici di cure palliative che forniscono assistenza entrano in casa, aprono la cartella clinica, la compilano senza fare domande della condizione attuale del paziente e senza dare informazioni, perciò, chiediamo all'IFeC informazioni per comprendere la situazione e non all'infermiere di Cure Palliative perché hanno più pazienti terminali in carico”*. Un altro caregiver invece afferma che in questa fase avanzata di malattia bisogna essere molto attenti alla compilazione dei documenti per la richiesta di ausili altrimenti non venivano rimborsato. *“All'IFeC posso rivolgermi sempre e fornisce sempre indicazioni dicendo che posso risolvere questa situazione così o meglio in un altro modo”* dichiara un altro caregiver (Oosterveld-Vlud et al., 2019).

In uno studio condotto in Cina (Lang et al., 2013), viene studiato il rientro a domicilio di un paziente affetto da tumore cerebrale e analizzato l'efficacia di due interventi di monitoraggio della sintomatologia: uno telefonicamente dall'infermiere di cure palliative e un altro dalle visite domiciliare dell'IFeC. Risulta che gli interventi dell'IFeC prendono in considerazione la situazione e organizzazione familiare, il domicilio e la sintomatologia presente del paziente. Si evince che gli interventi dell'infermiere di famiglia migliorano le relazioni della famiglia con il paziente e la comunicazione tra loro. Inoltre, migliorano i sintomi di nausea, vomito, fatigue, stipsi, prevenendo la comparsa di lesioni da pressione coinvolgendo nell'educazione anche il caregiver determinando maggior autonomia e autocura (Lang et al., 2013). Oltre alla gestione di questi sintomi, Asaumi et al (2022), pone l'accento sul ruolo dell'IFeC nell'identificazione del bisogno di comunicazione del fine vita con i pazienti

oncologici cronici. L'IFeC identifica i bisogni fisici e psicologici e trattare il distress psicologico dovuto alla malattia oncologica (Asaumi et al., 2022).

Tabella IV: analisi degli studi inclusi nella revisione considerando gli interventi infermieristici effettuati a domicilio nelle quattro categorie di bisogni assistenziali per il paziente oncologico cronico.

BISOGNI ASSISTENZIALI della persona affetta da patologia oncologica	Interventi assistenziali infermieristici da attuare a domicilio	Figure coinvolte nell'ass. a domicilio	Art. 1 Tratoligo et al, 2011 Italia	Art. 2 Bagnasco et al, 2022, Italia	Art. 3 Oosterveld-vlug et al, 2019, Olanda	Art. 4 Molassiotis et al., 2009, USA	Art. 5 Asaumi et al., 2023 Giappone	Art. 6 Marshall et al., 2020, Australia e Cina	Art. 7 Hosseinijad et al., 2022, Iran	Art. 8 Lang et al., 2013, Cina	Art. 9 Hassankhani., 2021, Iran	Art. 10 Falco et al, 2022, Italia	%	
BISOGNI FISICI Diagnosi infermieristiche: - Dolore - Cronico	Educazione del paziente a segnalare ogni variazione del dolore e adottare strategie non farmacologiche per alleviare il dolore.	Familiare	NP	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	10	
		IFeC	P	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	P	NP	30	
		Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
		Inf. CP	P	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	30
	Valutazione del dolore secondo una scala standardizzata	Familiare	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
		IFeC	NP	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	10
		Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
	Riconoscere gli effetti terapeutici e avversi della terapia prescritta del dolore	Inf. CP	P	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	30
		Familiare	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	10
		IFeC	P	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	30
		Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
	Somministrazione della terapia antalgica secondo la prescrizione medica	Inf. CP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
		Familiare	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	20
		IFeC	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	10
		Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
	BISOGNI FISICI Diagnosi infermieristiche: - Nutrizione inferiore al fabbisogno	Inf. CP	P	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	30
Familiare		NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	P	NP	NP	20	
IFeC		P	NP	NP	P	NP	NP	P	NP	P	P	NP	50	
Inf. ADI		NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		
Inf. CP		NP	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	10	
Familiare		P	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	NP	P	NP	30	
BISOGNI FISICI Diagnosi infermieristiche: - Stipsi	IFeC	NP	NP	NP	P	NP	NP	P	NP	NP	P	NP	30	
	Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		
	Inf. CP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		
	Familiare	P	NP	NP	P	NP	NP	P	NP	P	P	NP	60	
BISOGNI FISICI Diagnosi infermieristiche: - Volume insufficiente di liquidi	IFeC	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	NP	P	NP	40	
	Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		
	Inf. CP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		
	Familiare	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		
Idratazione del paziente per	IFeC	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		

	via transdermica	Inf. ADI	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	10	
		Inf. CP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		
BISOGNI FISICI Diagnosi infermieristiche: - Fatigue	Istruire comportamenti necessari per aumentare le energie residue	Familiare	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	10	
		IFeC	NP	NP	NP	P	NP	NP	NP	P	P	NP	30	
		Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		
		Inf. CP	NP	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	10	
BISOGNI FISICI Diagnosi infermieristiche: - Mucosite	Monitoraggio dello stato della cute dopo RT e educazione degli effetti collaterali	Familiare	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	10	
		IFeC	P	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	P	NP	30	
		Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		
	Monitoraggio delle lesioni cutaneo e attivazione degli specialisti.	Familiare	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
		IFeC	P	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	30
		Inf. ADI	P	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	30
	Valutazione e trattamento di mucosite con interventi non farmacologici	Inf. CP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	10
		Familiare	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	10
		IFeC	NP	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	20
	Programmazione ed effettuazione degli esami laboratoristici	Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	10
		Familiare	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
		IFeC	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	20
		Inf. ADI	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	10
	BISOGNI PSICO SOCIALI Diagnosi infermieristiche: Ansia/Paura Lutto anticipato	Gestione del distress psicologico con interventi non farmacologici	Familiare	P	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	30
IFeC			P	P	P	P	NP	NP	P	P	P	NP	70	
Inf. ADI			NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		
Inf. CP			P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	20
Attuare interventi psico-educazionali con il paziente e la famiglia per affrontare il fine vita		Familiare	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	10
		IFeC	P	P	P	P	NP	NP	NP	P	P	P	70	
		Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		
		Inf. CP	NP	NP	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	10	
Attivare e coordinare modelli territoriali presenti e integrare i servizi per l'assistenza globale domiciliare rispetto il fine vita.		Familiare	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
		IFeC	P	P	P	P	P	NP	P	P	P	P	90	
		Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		
		Inf. CP	P	NP	P	NP	P	NP	NP	NP	NP	P	NP	40
Comunicare con il malato e i familiari per favorire supporto psicologico e informativo		Familiare	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	20
		IFeC	P	P	P	NP	P	NP	P	P	P	P	80	
		Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		
	Inf. CP	NP	NP	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	10		
BISOGNI EDUCATIVI	Fornire informazioni durante ogni fase della malattia	Familiare	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		
		IFeC	NP	P	P	NP	P	NP	P	P	P	P	70	
		Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		
		Inf. CP	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	20	
	Educazione del paziente e del familiare a riconoscere e gestire gli effetti collaterali di ogni farmaco prescritto	Familiare	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
		IFeC	NP	NP	NP	P	NP	NP	P	NP	P	NP	30	
		Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		
		Inf. CP	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	20	
	Calendarizzazione delle visite domiciliari previste a	Familiare	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
		IFeC	NP	NP	NP	NP	NP	P	NP	P	P	NP	30	

	seconda delle condizioni del paziente	Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP		
		Inf. CP	NP	NP	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	10
	Interazione telefonica/informativa per soddisfare le necessità di base del paziente	Familiare	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
		IFeC	NP	NP	P	NP	NP	NP	P	P	P	NP	NP	40
		Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
		Inf. CP	NP	NP	P	P	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	20
BISOGNO ECONOMICO	Fornire sostegno economico e attivare richieste per gli ausili, se necessario	Familiare	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
		IFeC	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	P	P	NP	30
		Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
		Inf. CP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
	Attivare i servizi in rete per garantire assistenza domiciliare globale	Familiare	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
		IFeC	P	NP	P	P	NP	NP	P	NP	P	P	NP	60
		Inf. ADI	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	P	10
		Inf. CP	P	NP	P	P	NP	NP	NP	NP	P	NP	NP	40
Legenda:														
P= presente nell'articolo														
NP= non presente nell'articolo														
% = frequenza con la quale sono presenti, all'intorno della totalità degli articoli presi in considerazione, gli interventi descritti nella tabella														

CAPITOLO V: DISCUSSIONE

5.1 Risposte ai quesiti posti

Dopo l'analisi e comparazione tra gli studi selezionati ed inclusi nello studio si può affermare che non tutti gli studi si soffermano al ruolo dell'IFeC nella gestione del paziente oncologico cronico. Hosseinnejad et al. (2022), che hanno studiato e analizzato lo scopo di questa figura non ancora sviluppata in Iran, ma sviluppata diversamente in ambiti internazionali, affermano che i servizi garantiti dall'IFeC dipendono dalla cultura e dal sistema sanitario del proprio paese. Gli studi evidenziano che ci sono vari contesti in cui gli infermieri di famiglia e comunità possono fornire i loro servizi ma il loro ruolo non è ancora stato ben definito ed è poco valorizzato. Nello studio si sottolinea l'importanza della figura dell'IFeC nella gestione dei pazienti con malattie croniche a cui sono assimilabili tutti i tipi di tumore. Sulla base dei risultati di questo studio, l'IFeC agisce sulla promozione terziaria del paziente, il monitoraggio e la gestione della sintomatologia, i follow-up e le visite domiciliari. (Hosseinnejad et al., 2022). In Italia, risulta necessario analizzare i diversi contesti assistenziali territoriali nazionali per individuare le competenze agite di questa figura (Bagnasco et al., 2022). La figura dell'IFeC è considerata essenziale per garantire le cure ad un paziente oncologico a domicilio, in particolar modo quando i pazienti e familiari sono meno assertivi. Risulta fondamentale che l'IFeC sia presente durante le cure domiciliari di tali pazienti e i loro famigliari per garantire la continuità delle cure per soddisfare i loro bisogni (Oosterveld-Vlug et al., 2019).

Il ruolo dell'IFeC è rilevante perché secondo quanto riportato gli articoli di Hassankhani et al. (2022), Molassiotis et al. (2013) e Tralongo et al. (2011), gli interventi realizzabili a domicilio dallo stesso sono:

- educare l'assistito a segnalare ogni variazione del dolore e adottare strategie non farmacologiche per alleviare il dolore;
- riconoscere gli effetti terapeutici e avversi della terapia prescritta;
- educare nell'assunzione della dieta e nel trattamento di nausea e vomito per prevenire la malnutrizione;

- educare per garantire il monitoraggio della NE/ NPT per prevenire la malnutrizione;
- trasmettere attraverso interventi educativi e tecnici la modalità per trattare la stipsi;
- riconoscere segni e sintomi di disidratazione;
- recuperare le energie residue;
- monitorare lo stato della cute dopo radio terapia ed educare al riconoscimento degli effetti collaterali;
- valutare e trattare la mucosite;
- programmare ed effettuare gli esami laboratoristici;
- gestione del distress psicologico connesso alla malattia oncologica cronica con interventi non farmacologici;
- attuare interventi psico-educazionali con il paziente e la famiglia per affrontare il fine vita;
- attivare e coordinare i servizi sanitari territoriali per garantire assistenza domiciliare globale;
- comunicare con il malato e i familiari per favorire supporto psicologico e informativo continuo;
- fornire informazioni durante ogni fase della malattia;
- educare sugli effetti collaterali di ogni farmaco prescritto;
- calendarizzare le visite domiciliari previste a seconda delle condizioni dell'assistito;
- interazione telefonica continua per soddisfare le necessità di base del paziente;
- richiedere eventuali ausili e supporto economico/agevolazioni;
- collaborazione “*in rete*” per garantire assistenza e continuità delle cure;

Dagli studi presi in considerazione, si evidenziano che gli interventi con maggior coinvolgimento dell'IFeC sono quelli che soddisfano di più il bisogno di informazione e bisogno psico-sociale. Il paziente oncologico cronico a domicilio ha bisogno di affetto e attenzione e instaurando una relazione di fiducia con l'IFeC riesce ad esprimere e condividere le sue preoccupazioni (Hassankhani et al., 2021). Quando il paziente non trova nell'IFeC quella figura rassicurante e disponibile, tende a relazionarsi di più con l'infermiere di cure palliative, o altre figure sanitarie che

prestano visite domiciliari (Oosterveld-Vlug et al., 2019). Molassiotis et al. (2009) sottolinea l'importanza degli interventi dell'IFeC ai pazienti oncologici in chemioterapia orale, o endovenosa a domicilio i primi due cicli della terapia e risulta un miglioramento della sintomatologia del trattamento chemioterapico. In nessuno degli studi risultano interventi rivolti al monitoraggio e gestione della ridotta funzionalità del midollo osseo. Nei vari bisogni del paziente oncologico emersi nello studio di Hassankhani et al. 2022, risulta anche il bisogno di monitorare i segni e sintomi dell'immunosoppressione ma non viene chiaramente specificato tipologia di interventi da attuare a domicilio.

Prendendo in considerazione gli interventi attuati dall'IFeC nei vari studi inclusi e confrontandoli con le n. 30 competenze della figura dell'IFeC (Cammeda et al, 2021) si può dedurre alcune tra le principali competenze specifiche agite a domicilio in relazione ai diversi bisogni assistenziali del paziente oncologico e del suo caregiver, quali:

- identificare e valutare i bisogni assistenziali del paziente oncologico a domicilio dopo la dimissione con o senza chemioterapia (Molassiotis et al, 2009);
- valutare e pianificare un'assistenza domiciliare personalizzata prendendo in considerazione la cultura familiare, la relazione e funzione della famiglia e il ruolo del paziente nella comunità (Lang et al, 2013);
- valutare i contesti sociali, culturali e economici del paziente e della famiglia (Hosseinnejad et al, 2022);
- coinvolgere il paziente e il caregiver nella presa delle decisioni, monitoraggio e gestione della sintomatologia per favorire la loro autonomia nella gestione della malattia oncologica cronica (Hassankhani et al., 2022);
- conoscenze avanzate di riconoscimento dei segni e sintomi di un trattamento con chemioterapia e gli interventi da attuare a domicilio per prevenire le complicanze (Molassiotis et al, 2009);
- elevato grado di conoscenza del sistema della Rete dei Servizi sanitari e sociali per creare connessioni ed attivare azioni di integrazione orizzontale e verticale tra i servizi e professionisti a favore di una risposta sinergica ed efficace al bisogno dei cittadini della comunità (Bagnasco et al., 2022);

- competenze comunicative per fornire sostegno psicologico durante diverse fasi della malattia sia ai pazienti affetti da cancro che alle loro famiglie ed individuare il momento adeguato alla comunicazione per il fine vita per attivare la rete dei servizi;
- applicare strategie educative per promuovere salute e sicurezza al paziente e familiare (Oosterveld-Vlug, 2013);
- fornire educazione e instaurare una relazione terapeutica stabile con il paziente e la famiglia (Oosterveld-Vlug, 2013);

Tenendo conto delle competenze specifiche dell'IFec, appena sottolineate, va precisato che nello studio di Bagnasco et al. (2022), si evince che per la gestione di malattie croniche (tutti i tipi di tumori inclusi ma pazienti in fase terminale esclusi) l'IFeC svolge un ruolo chiave nell'assistenza sociosanitaria integrata e collabora con tutti i servizi territoriali per garantire la continuità delle cure domiciliari. La gestione del dolore emerge in tre studi: Molassiotis et al 2009, Tralongo et al. 2013 e Hassankhani et al. 2022. Si evince che l'IFeC lavora in autonomia per il monitoraggio della sintomatologia nella fase iniziale della malattia ma con la comparsa di un aggravamento della sintomatologia dolorosa attiva la rete di Cure Palliative, la quale gestisce la somministrazione della terapia analgesica. Dagli stessi studi emerge anche la collaborazione di IFeC con l'infermiere dell'ADI per la gestione delle lesioni. L'IFeC monitora e previene la comparsa di lesioni e attiva gli specialisti delle medicazioni, i quali utilizzano diversi materiali non forniti all'IFeC. Bagnasco et al. 2022 individua la figura dell'IFeC e ADI nell'effettuazione di esami ematochimici richiesti. Per la gestione dello stress relativamente alla malattia oncologica, l'IFeC presta visite domiciliari nella fase iniziale e attiva anche la rete di cure palliative, se necessario. In tutti i n. 9 studi emerge la funzione dell'IFeC nell'attivazione dei servizi territoriali rispetto il fine vita. Svolge un ruolo essenziale nell'educazione del paziente e i familiari, nel fornire informazioni sia per il decorso della malattia, i comportamenti e atteggiamenti da adottare sia il paziente che il familiare ma anche a soddisfare il bisogno di sostegno economico e il coinvolgimento del paziente nei vari gruppi di supporto nella comunità.

5.2 Limiti dello studio

Nel corso dell'elaborazione della presente revisione bibliografica si è cercato di individuare quali interventi infermieristici, attuabili a domicilio al paziente oncologico cronico, fossero maggiormente attuati dall'IFec per individuare le competenze agite di questa figura. I limiti dello studio sono, sfortunatamente, numerosi. I lavori reperiti non hanno, in primis, uniformità di obiettivi. Per questo le conclusioni a cui si è giunto non possono essere generalizzabili ma sono frutto di una "estrapolazione" dei dati da contesti diversi. In più gli articoli tra di loro sono eterogenei, poiché vi sono: studi clinici randomizzati, studi qualitativi descrittivi, studi qualitativi, revisione bibliografica. A questi grandi limiti, si aggiunge anche la difficoltà di capire correttamente il ruolo dell'infermiere territoriale in diversi setting internazionali. Negli studi selezionati, sono stati utilizzati diversi termini referenti all'IFec. Ad esempio, in alcuni studi viene utilizzata "*community nurse*", in altri "*home visit nurse*", "*family and community nurse*", "*family health nurse*", "*district nurse*". Si è cercato di analizzare inizialmente la figura per poter includere nello studio gli studi di maggior interesse legato alla mia ipotesi.

Inoltre, la sua recente e rapida evoluzione post pandemia ha ulteriormente confermato delle differenze di questa figura per quanto riguarda le competenze agite al paziente oncologico a domicilio in ambiti internazionali.

CAPITOLO VI: CONCLUSIONI

6.1 Implicazioni per la pratica

Da quanto emerso da questa revisione bibliografica, le competenze agite da parte della figura dell'IFeC, a riguardo del paziente oncologico cronico a domicilio non sono chiaramente delineate. Infatti, le competenze dell'IFeC nella gestione del paziente oncologico sono state poco studiate sia nell'ambito nazionale che internazionale, in quanto suddivise e svolte da più figure infermieristiche. Con l'emergenza Covid19 si è messo l'accento sull'efficacia delle cure primarie soffermandosi nel ruolo dell'IFeC come una figura chiave che può identificare precocemente le condizioni di rischio e di fragilità del paziente oncologico grazie alla sua presenza attiva a domicilio. Inoltre, l'IFeC può garantire assistenza incentrata sia sul paziente che sulla sua famiglia e coinvolgere entrambi nella presa di decisioni durante tutto il decorso della malattia. Dal presente elaborato emerge anche la diversità di sviluppo delle competenze di questa figura in ambiti internazionali. Risulta, infatti, difficile affermare le competenze e gli interventi infermieristici assistenziali uniformi di questa figura, in quanto è in evoluzione e sta cambiando notevolmente negli ultimi anni.

6.2 Implicazioni per la ricerca

Gli articoli proposti possono porre le basi per una futura ricerca di approfondimento circa il tema trattato nel presente elaborato. Ad oggi, infatti, la figura dell'IFeC si sta ancora formando, per questo motivo i cambiamenti riguardanti il suo ruolo sono repentini e ciò non permette ad arrivare a risultati generalizzabili. Inoltre, dal confronto degli studi stessi, si può evincere come le funzioni dell'IFeC in ambito nazionale e internazionale siano differenti. Nonostante ciò, dagli articoli presi in considerazione, si ricava che le competenze dell'IFeC nella gestione del paziente oncologico cronico a domicilio siano fondamentali per garantire la continuità delle cure domiciliari, assieme però ad altre figure infermieristiche (infermiere domiciliare l'infermiere di cure palliative). Considerando la scarsità di materiale presente in letteratura, e la scarsa consapevolezza da parte dei professionisti sanitari territoriali della figura dell'IFeC nella gestione del paziente oncologico a domicilio, sarebbe interessante anche

sviluppare approfondimenti riguardo gli interventi infermieristici più adatti, realizzabili concretamente nei contesti domiciliari dalle diverse figure infermieristiche, per garantire la continuità delle cure oncologiche a domicilio.

BIBLIOGRAFIA

- Anna Sandgren, Hans Thulesius, Kerstin Petersson & Bengt Fridlund (2007) “Doing Good Care”—a study of palliative home nursing care, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2:4, 227-235, DOI: [10.1080/17482620701650299](https://doi.org/10.1080/17482620701650299)
- Bagnasco A, Alvaro Rosaria, Lancia Loreto, Manara Fiorenzo D, Rasero Laura, Rocco Gennaro, Burgio Alessandra, Landa Paolo, Mangiacavalli Barbara, Sasso Loredana (2023). *Assistenza infermieristica domiciliare in Italia AIDOMUS-IT: I Dati Preliminari*. Rivista Infermiere N° 2 – 2023, ISSN 2038-0712 – L’Infermiere 2023,60:2, e75 – e96 - DOI: 10.57659/SSI.2023.008
- Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Pozzi, F., Aleo, G., Watson, R., Hayter, M., Sasso, L. & ENHANCE WP2 Collaborative Group. (2022). *Core competencies for family and community nurses: A European e-Delphi study*. Nurse Education in Practice, 60, 103296. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103296>.
- Barsanti, S., Gori, C., Guaita, A., Guarna, A. R., Gubert, E., Motta, M., Noli, M., Pasquinelli, S., Pelliccia, L., Pesaresi, F., Rusmini, G., & Trabucchi, M. (2020). *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*. 7 Rapporto 2020/2021, pag 33-53.
- 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>
- Erasmus Plus Project: European curriculum for family and Community nurse (ENHANCE) (<https://www.enhance-fcn.eu/it/homeit/>) (Ultima consultazione 25 agosto 2023).
- F.A.V.O., 11° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici 2019.
- Fabbri, M., Caldas, A. C., Ramos, J. B., Sanchez-Ferro, Á., Antonini, A., Růžička, E., Lynch, T., Rascol, O., Grimes, D., Eggers, C., Mestre, T. A., & Ferreira, J. J. (2020). *Moving towards home-based community-centred integrated care in*

Parkinson's disease. Parkinsonism & related disorders, 78, 21–26.
<https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2020.07.001>

- Falco, A., Palassini, M., Beccattini, G., & Calattini, L. (2022). *L'infermieristica di Famiglia e Comunità: uno studio osservazionale*. *L'Infermiere*, 59(5), e90-e95.
- Gianfranco Damiani, Giulia Silvestrini, Modesta Visca, Mariadonata Bellentani “*Manuale per Operatori di Sanità Pubblica “Governare l’Assistenza Primaria”*”, 2017
- Glajchen, M., & Bookbinder, M. (2001). Knowledge and perceived competence of home care nurses in pain management: a national survey. *Journal of pain and symptom management*, 21(4), 307–316. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(01\)00247-0](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(01)00247-0)
- Gomes, B., Calanzani, N., Curiale, V., McCrone, P., & Higginson, I. J. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(6), CD007760. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007760.pub2>
- Hassankhani, H., Dehghannezhad, J., Rahmani, A., Ghafourifard, M., Soheili, A., & Lotfi, M. (2022). Caring Needs of Cancer Patients from the Perspective of Home Care Nurses: A Qualitative Study. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 23(1), 71–77. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2022.23.1.71>
- Kabayama, M., Kamide, K., Sakakibara, K., & Hayakawa, K. (2014). The Role of Public Health Nurses in Japanese Long-term Care Prevention Projects in the Community. *The journal of nursing care*, 2014, 1-5. Doi: 10.4172/2167-1168.1000166
- Kleckner, A. S., & Magnuson, A. (2022). The nutritional needs of older cancer survivors. *Journal of geriatric oncology*, 13(5), 738–741. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.12.007>
- Marshall, A. P., Tobiano, G., Roberts, S., Isenring, E., Sanmugarajah, J., Kiefer, D., Fulton, R., Cheng, H. L., To, K. F., Ko, P. S., Lam, Y. F., Lam, W., & Molassiotis, A. (2020). End-user perceptions of a patient- and family-centred intervention to improve nutrition intake among oncology patients: a descriptive

qualitative analysis. *BMC nutrition*, 6, 29. <https://doi.org/10.1186/s40795-020-00353-8>

- McCorkle R, Benoliel JQ, Donaldson G, Georgiadou F, Moinpour C, Goodell B. A randomized clinical trial of home nursing care for lung cancer patients. *Cancer*. 1989;64(6):1375–1382.
- Mendes, M., Trindade, L. de L., Pires, D. E. P. de, Martins, M. M. F. P. da S., Ribeiro, O. M. P. L., Forte, E. C. N., & Soratto, J. Nursing practices in the family health strategy in Brazil: Interfaces with illness. *Revista Gaucha De Enfermagem*, (2021).
- Norful, A., Martsolf, G., de Jacq, K., & Poghosyan, L. (2017). Utilization of registered nurses in primary care teams: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 74, 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.013>
- Pandiani S., Zagari A., Ester Villa C. L'infermiere di famiglia: una nuova prospettiva professionale (indagine descrittiva). (2016) FNOPI. Rivista L'infermiere N° 5 – 2022 <https://www.infermiereonline.org/2022/11/15/linfermieristica-di-famiglia-e-comunita-uno-studio-osservazionale/>
- Puts, M., Szumacher, E., Dawe, D., Fitch, M., Jones, J., Fülöp, T., Alibhai, S. M. H., Hsu, T., Strohschein, F., & Canadian Network on Aging and Cancer (2021). Never too old to learn new tricks: Surveying Canadian healthcare professionals about learning needs in caring for older adults with cancer. *Journal of geriatric oncology*, 12(2), 262–273. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.08.010>
- Rocco, G., Mercadelli, S., Stievano, A., Cipolla, C. *Infermiere di famiglia e di comunità: proposte di policy per un nuovo welfare: ricerca svolta in collaborazione tra Ministero della salute e Collegio IPASVI di Roma. Franco Angeli, 2017.*
- SICP. Il core curriculum dell'infermiere in cure palliative. 2013
- Tralongo, P., Ferrà, F., Borsellino, N., Verderame, F., Caruso, M., Giuffrida, D., Butera, A., & Gebbia, V. (2011). Cancer patient-centered home care: a new model for health care in oncology. *Therapeutics and clinical risk management*, 7, 387–392. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S22119>

- Wang, T., Molassiotis, A., Chung, B. P. M., & Tan, J. Y. (2018). Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. *BMC palliative care*, 17(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0346-9>
- World Health Organization (A c. Di). (1999). Health21: The health for all policy framework for the WHO European Region. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- World Health Organization, The Family Health Nurse: Context, Conceptual Framework and Curriculum, 2000

SITOGRAFIA

- Aimaretti Gianluca, Bidone Sara, Campagna Sara, Costa Giuseppe, Dal Molin Alberto, Dimonte Valerio, Faggiano Fabrizio, Giuliano Pasquale, Menarello Ginetto, Obbia Paola, *Position paper 23 infermiere di famiglia e di comunità* 2019, Torino, Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità; 2019 Link: [Position-Paper-AIFEC-UNITO-UPO-2019.pdf](#), Ultima consultazione: 30 agosto 2023 ore 10:00.
- Fassari Luciano, *Infermiere di Famiglia: Ce ne sarà uno ogni 6.000 abitanti, saranno alle dipendenze dei distretti ma lavoreranno in sinergia con i medici di famiglia. In arrivo le linee guida delle Regioni (2020)* https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=87798&fb_comment_id=3625670880777250_3638390669505271#:~:text=L'infermiere%20di%20famiglia%20deve,tra%20oservizi%20e%20professionisti%20a Ultima consultazione: 3 agosto 2023 ore 12:00.
- Dossier cure palliative: *Cure palliative: il ruolo infermieristico (2019)* <https://www.infermieritalia.com/2019/08/31/cure-palliative-il-ruolo-infermieristico/> Ultima consultazione: 5 agosto 2023 ore 20:00
- Riferimenti normative regione Emilia Romagna 2020, <https://www.sister-hub.it/salute/come-fare-per/iscrizione-al-servizio-sanitario-nazionale/assistenza-domiciliare/riferimenti-normativi/> Ultima consultazione 8 agosto 2023
- Progetto Enhance: https://dissal.unige.it/progetti-ricerca/progetti_finanziati/EnHANCE Ultima consultazione: 5 agosto 2023
- Barbara Magiacavalli, Beatrice Mazzoleni, Nicola Draoli: Eco chi è l'infermiere di famiglia o comunità <https://www.welforum.it/ecco-chi-e-linfermiere-di-famiglia-comunita/> Ultima consultazione: 9 agosto 2023 ore 10:00
- Dario Tobruk: Infermiere di famiglia e di comunità: chi è, cosa fa e come diventarle. <https://www.dimensioneinfermiere.it/infermiere-di-famiglia-comunita/> Ultima consultazione: 12 agosto 2023, ore 21:00
- National Organization of American <https://www.aanp.org> Ultima consultazione: 10 Agosto 2023

- T. Kurth: *Advanced Practice Nursing in the United Kingdom (England, Wales, Scotland, and Northern Ireland)*, 2022
<https://internationalapn.org/2022/06/19/united-kingdom> Ultima consultazione: 10 agosto 2023
- Asociacion de Enfermeria Comunitaria.
<https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/> Ultima consultazione: 10 agosto 2023

NORMATIVA

- Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”.
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/19/20G00052/sg> (Ultima consultazione: 30 Agosto 2023)
- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg> (Ultima consultazione: 29 agosto 2023)
- Delibera del consiglio dei Ministri 21 aprile 2022, n. 71 “Delibera sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-regioni, relativa allo schema di decreto del Ministro della salute, concernente il regolamento recante modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”
- Delibera n. 1484 del 14 ottobre 2022; L’infermiere di famiglia o comunità: il modello assistenziale in Friuli Venezia Giulia – Policy Regionale.
- Deliberazione Giunta Regionale, Prospettive Infermieristiche OPI Verona, agosto 2020
- DGR n. 43 del 18 gennaio 2023 Linee di Indirizzo per la formazione regionale degli infermieri operanti sul territorio ad un approccio orientato all’infermieristica di famiglia e comunità
- D.G.R. 4 giugno 2018, n. 597, in materia di “Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale infermiere di famiglia e di comunità. Approvazione e destinazione delle risorse”
- Dossier n.270/2021 “Quesiti clinico-assistenziali: L’infermiere e le cure palliative”.
- FNOPI. (2020) Position Statement: L’infermiere di famiglia e di comunità. 1th ed. Roma: Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche
<https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/10/Position->

[Statement-FNOPI-LInfermiere-di-famiglia-e-di-comunit%C3%A0.pdf](#) ultima consultazione 25 agosto 2023

- La disciplina infermieristica all'interno della legge 219/17 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"
- 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"
- Ministero delle Economie e delle Finanze, & Commissione per l'economia. (2021). Recovery and Resilience Facility. Operational Arrangements between the European Commission and Italy.
- Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19, fasc. 34 (2020).
- Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, fasc. 71 (2022).

ALLEGATI

Allegato 1- Competenze core dell'IFeC (Cammeda et al., 2022)

Table 1. Core Competencies FCN Curriculum

1	Identify and assess the health status and health needs of individuals and families within the context of their cultures and communities.
2	Plan, implement and assess nursing care to meet the needs of individuals, families, and the community within their scope of competence.
3	Multidimensional community health needs assessment to implement appropriate clinical interventions and care management.
4	Assess the social, cultural, and economical context of patients and their families
5	Make decisions based on professional ethical standards.
6	Involve individuals and families in decision-making concerning health promotion, and disease and injuries prevention, and wellbeing.
7	Development of nurse leadership and decision-making skills to ensure clinical and healthcare effectiveness and appropriateness.
8	Ability to negotiate healthcare with patients and their families, with the multidisciplinary team and healthcare centers.
9	Enhance and promote health and prevent disease and injuries in individuals, families and communities even focusing on inequities and unique needs of subpopulations.
10	Apply education strategies to promote health and safety of individuals and families.
11	Demonstrates the ability to educate, support, facilitate, encourage and promote the health, well-being and comfort of the population, communities, groups and individuals, whose lives are affected by the state of health, distress, illness, disable or death.
12	Analytic assessment, cultural competence, program planning, and community dimensions of practice to pursue community health promotion goals together with the community multidisciplinary team.
13	Leadership and development, implementation and evaluation of policies for the family and the community for purposes of health promotion.
14	Mentoring students to promote the health, and prevent disease and injuries and wellbeing of individuals and their families and communities.
15	Communication competencies based on evidence in relation to a specific context
16	Maintain intra-professional and inter-professional relationships and a supportive role with colleagues to ensure that professional standards are met.
17	Coordinate and be accountable for attributing community healthcare activities to support workers.
18	Participate in the prioritization of activities of the multidisciplinary team to address problems related to health and illness.
19	Manage change and act as agents for change to improve family and community nursing practice.
20	Managing disparity and diversity and fostering inclusiveness.
21	Work together with the multidisciplinary team to prevent diseases and to promote and maintain health.
22	Accountability for the outcomes of nursing care in individuals, families and the community.
23	Systematically document and evaluate their own practice.
24	Set standards and evaluate the outcomes related to nursing activities in people's homes and in the community.
25	Use the best scientific evidence available.
26	Monitoring people affected by chronic and rare illnesses on one community in collaboration with other members of the multidisciplinary team.
27	Alleviate patient suffering even during end of life.
28	Health promotion, education, treatment and monitoring supported by of ICTs (e-Health).
29	Development of health education in the school environment, also with a view to a safe environment.
30	Defining of research areas and problems.