

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Medicina Molecolare**

*Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed  
Ostetriche*

Presidente CCL – Prof. Renzo Zanotti

TESI DI LAUREA

**L'INFERMIERE DI FAMIGLIA NEL NUOVO PIANO  
TERRITORIALE PNRR:**

ANALISI DEL PROFILO E PROPOSTA FORMATIVA

Relatore: Renzo Zanotti

Laureando: Alice Dal Corso  
Matricola: 124034

Anno accademico 2021/2022



# INDICE

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>2</b>
<b>1   CAPITOLO I – DESCRIZIONE DEL FENOMENO .....</b>	<b>3</b>
1.1    CONTESTO NORMATIVO .....	3
1.1.1 <i>Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza</i> .....	5
1.1.2 <i>Sviluppo normativo della Regione Veneto</i> .....	8
1.1.3 <i>Sviluppo normativo e nuovo modello di assistenza territoriale</i> .....	10
1.2    CONTESTO EPIDEMIOLOGICO .....	15
1.2.1 <i>Invecchiamento</i> .....	17
1.2.2 <i>Cronicità</i> .....	18
1.2.3 <i>Fragilità</i> .....	20
1.2.4 <i>Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT)</i> .....	21
1.3    SERVIZI ASSISTENZIALI E RETE SOCIALE .....	23
1.3.1 <i>Personale Sanitario</i> .....	24
1.3.2 <i>Servizio Assistenza Domiciliare (SAD)</i> .....	25
1.3.3 <i>Caregiver e assistenti familiari</i> .....	26
<b>2   CAPITOLO II – INFERMIERE DI FAMIGLIA .....</b>	<b>30</b>
2.1    CONTESTO DI SVILUPPO .....	30
2.2    IL SISTEMA FAMIGLIA .....	33
2.3    MODELLI INTERNAZIONALI .....	36
2.4    IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA E I BISOGNI DELLA POPOLAZIONE .....	39
2.5    DEFINIZIONE DEL PROFILO PROFESSIONALE .....	41
2.5.1 <i>Empowerment e partnership</i> .....	46
2.5.2 <i>Pensiero sistemico</i> .....	47
2.5.3 <i>Lavorare in equipe</i> .....	49
2.5.4 <i>Competenze digitali</i> .....	49
<b>3   CAPITOLO III – OFFERTA FORMATIVA NAZIONALE E INTERNAZIONALE .....</b>	<b>53</b>
3.1    OFFERTA FORMATIVA NAZIONALE .....	54
3.2    OFFERTA FORMATIVA INTERNAZIONALE .....	58
<b>4   CAPITOLO IV – PROPOSTA FORMATIVA .....</b>	<b>61</b>
4.1    FASI DEL PROGETTO .....	62
4.2    OBIETTIVI FORMATIVI ED AREE DI CONTENUTO .....	62
4.3    MODALITÀ ED ORGANIZZAZIONE DELLA DIDATTICA .....	66

4.4	PIANO DIDATTICO .....	67
4.5	PIANO FINANZIARIO .....	70
4.6	RISULTATI DI APPRENDIMENTO E VALUTAZIONE DELLA DIDATTICA.....	71
	<b>DISCUSSIONE.....</b>	<b>73</b>
	<b>LIMITI .....</b>	<b>78</b>
	<b>CONCLUSIONI .....</b>	<b>80</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>82</b>
	<b>SITOGRAFIA.....</b>	<b>90</b>
	<b>ALLEGATI.....</b>	<b>94</b>

## **ABSTRACT**

Con il progressivo invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento della prevalenza di malattie croniche e della fragilità, è parso prioritario attivare politiche e attuare modelli di gestione delle cure integrati e personalizzati.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Decreto Ministeriale 77/22 rappresentano l'occasione per riformulare il modello di assistenza territoriale con l'obiettivo di garantire le migliori condizioni possibili di equità di accesso alle cure, tempestività e qualità degli interventi. Con la Missione 6 il PNRR prevede interventi di prevenzione e assistenza sul territorio in una prospettiva di integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali che sinergicamente garantiscano la risposta ai bisogni di salute e la presa in carico del paziente. Il potenziamento dell'accesso alla rete assistenziale è garantito dalla diffusione delle Case della Comunità e dall'introduzione della nuova figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità quale promotore di proattività e di una sanità d'iniziativa.

Attraverso l'analisi della normativa, del profilo e dei modelli internazionali la tesi offre una proposta formativa di Master in "Infermiere di Famiglia e Comunità" con il patrocinio dell'Università degli Studi di Padova, al fine di definire un profilo professionale e rispondere al fabbisogno formativo dei futuri infermieri che opereranno nella nuova rete di assistenza territoriale.

## **INTRODUZIONE**

Come stabilito nel 1998 dalla Dichiarazione della Sanità Mondiale, godere di un buono stato di salute costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano. La buona salute è la precondizione per il benessere e la qualità della vita.

Investire nella salute non solo offre nuove risorse, ma anche ulteriori benefici importanti, contribuendo nel lungo periodo allo sviluppo sociale ed economico complessivo. Investire in assistenza sanitaria orientandosi ai risultati, migliora la salute ed individua le risorse per dare risposta alla domanda crescente che caratterizza il settore sanitario.

Rispetto ad altri Paesi europei, come Francia, Germania e Regno Unito, che hanno sviluppato sistemi più articolati per rispondere alle esigenze di Long Term Care, l'Italia si distingue per la polarizzazione nella fornitura degli interventi: da un lato, la ridotta offerta di servizi domiciliari e, dall'altro, l'istituzionalizzazione. Questa situazione è la conseguenza della carenza di soluzioni diverse, atte a colmare il divario di assistenza tra i due estremi di tipologia assistenziale.

Le politiche sulla salute dovrebbero essere rivolte alla popolazione garantendogli un invecchiamento sano attraverso la promozione e la prevenzione della salute, sistematicamente pianificate lungo l'intero arco della vita. Le opportunità sociali, educative ed occupazionali, assieme all'attività fisica, aumentano la salute, l'autostima e l'indipendenza, nonché il contributo attivo nella società.

In molti Stati è necessaria una maggiore integrazione del settore sanitario, con un'attenzione particolare all'assistenza sanitaria di primo livello. Al centro dovrebbe collocarsi un infermiere di famiglia adeguatamente formato, in grado di offrire consigli sugli stili di vita, di dare sostegno alla famiglia e fornire servizi di assistenza e di sostegno attivo all'autocura. Negli ultimi dieci anni molti studi hanno dimostrato che l'informazione, la motivazione ed il sostegno agli individui, ai gruppi e alle società al fine di condurre una vita più sana può essere realizzato concentrandosi in modo sistematico sui luoghi dove le persone vivono, lavorano e si divertono. La casa costituisce l'ambiente fisico nel quale le persone passano la maggior parte del tempo; essa costituisce l'unità di base della società ed è il luogo dove i membri della famiglia possono svolgere le proprie "politiche per la salute". Il personale infermieristico, adeguatamente formato, può costituire un buon catalizzatore e offrire sostegno per tale azione tesa alla salute.

# 1 CAPITOLO I – DESCRIZIONE DEL FENOMENO

## 1.1 CONTESTO NORMATIVO

I servizi sanitari hanno un costo rilevante e in molti Paesi la spesa sanitaria è attualmente ancora troppo bassa. Allo stesso tempo, l'incremento del numero degli anziani, l'aumento dei livelli di povertà e l'introduzione di nuove tecnologie rendono evidente la necessità di aumentare la spesa sanitaria (Murray, C.J.L. & Lopez A.D., 2020). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità sono disponibili soluzioni che consentono di migliorare sia la qualità che il rapporto costi-benefici dei sistemi sanitari. Inoltre, spesso, tali soluzioni non richiedono finanziamenti rilevanti, ma solamente la determinazione a rafforzare il disegno complessivo del sistema e a migliorare la gestione centrando l'attenzione su programmi di sanità pubblica e sull'assistenza al paziente (World Health Organization, 2015).

		% of total burden	
		1990	2020
1.	Ischaemic heart disease	9.9	11.2
2.	Unipolar major depression	6.1	6.1
3.	Cerebrovascular disease	5.9	6.2
4.	Road traffic accidents	4.4	4.3
5.	Alcohol use	4.0	3.8
6.	Osteoarthritis	2.9	3.5
7.	Tracheal, bronchial and lung cancer	2.9	4.5
8.	Dementia and other degenerative central nervous system disorders	2.4	3.4
9.	Self-inflicted injuries	2.3	2.4
10.	Congenital anomalies	2.2	1.0

Source: Murray, C.J.L. & Lopez A.D. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA, Harvard University Press, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1).

Figura 1 Le dieci malattie con carico più elevato sulla spesa pubblica

Già nel 1998 l'Organizzazione Mondiale della Sanità 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'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa a seguito di ampie consultazioni tra

i 51 Stati europei membri ed altre importanti organizzazioni. Il programma di Health 21 definisce 21 obiettivi (“Health for all” - HTA) 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.

A supportare l’azione per la realizzazione di Health 21 sono quattro strategie basate sulla sostenibilità scientifica, economica, sociale e politica (World Health Organization, 1999):

- strategie multisettoriali per affrontare i determinanti della salute, tenendo in considerazione le prospettive fisiche, economiche, sociali, culturali e relative alle differenze di sesso, e assicurando l’adozione della valutazione di impatto sulla salute;
- sviluppo di programmi e di investimenti in salute e assistenza clinica orientati ai risultati in termini di salute;
- assistenza sanitaria di primo livello integrata e orientata alla famiglia e alla comunità, sostenuta da una rete ospedaliera flessibile ed efficiente;
- processo di partecipazione allo sviluppo della sanità che coinvolga partner specifici per la salute nelle abitazioni, negli ambienti scolastici e di lavoro, a livello di comunità e nazionale, in grado di promuovere decisioni congiunte, implementazione e responsabilità.

L’obiettivo 5 si concentra sull’invecchiare in modo sano: le politiche della salute dovrebbero garantire la buona salute attraverso attività di promozione e prevenzione lungo l’intero arco della vita al fine di ridurre al minimo livello possibile l’incidenza e la prevalenza delle malattie e delle altre cause di cattiva salute e di morte.

L’obiettivo 8 si propone di ridurre le malattie non trasmissibili; la combinazione di malattie cardiovascolari, cancro, diabete, malattie cronico-ostruttive polmonari, ed asma costituiscono il maggior problema sanitario in Europa. Una parte consistente di questo problema potrebbe essere eliminato se tutti gli Stati organizzassero, a livello nazionale e a livello locale, un programma integrato per ridurre i fattori di rischio che sono comuni a molte di queste patologie.

Infine, l'obiettivo 15 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 (World Health Organization, 1999).

Health 21 introduce una nuova tipologia di infermiere, l'infermiere di famiglia, con ruolo chiave nell'affrontare i bisogni della famiglia nel contesto della comunità. Gli infermieri di famiglia svolgono un ruolo lungo tutto il corso della vita e lungo l'intero continuum salute-malattia, hanno una conoscenza approfondita dei determinanti della salute e basano la loro pratica sui principi dell'assistenza sanitaria primaria e della salute pubblica.

Nel documento *Community Health Needs Assessment: an introductory guide for the family health nurse in Europe* (2001), l'Organizzazione Mondiale della Sanità 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. A tal fine dovranno essere competenti per intraprendere la valutazione dei bisogni comunitari, individuali e familiari (WHO, 2001).

### *1.1.1 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*

Il 30 aprile il Governo 2021 ha approvato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che delinea un "pacchetto completo e coerente di riforme e investimenti" (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Senato della Repubblica & Camera dei deputati, 2021), necessario ad accedere alle risorse finanziarie messe a disposizione dall'Unione Europea con il Recovery and Resilience Facility, perno della strategia di ripresa post-pandemica finanziata tramite il programma Next Generation EU (NGEU).

Le misure previste dal Piano si articolano intorno a tre assi strategici condivisi a livello europeo:

- digitalizzazione e innovazione;
- transizione ecologica;
- inclusione sociale.

Seguendo le linee guida elaborate dalla Commissione europea, il Piano raggruppa i progetti di investimento e di riforma in 16 Componenti, raggruppate a loro volta in 6 Missioni:

1. Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
2. Rivoluzione verde e transizione ecologica;
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile;
4. Istruzione e ricerca;
5. Coesione e inclusione;
6. Salute.

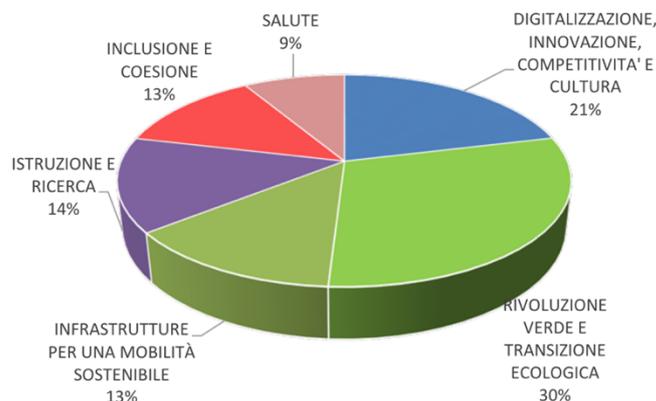


Figura 2 Riparto percentuale tra le Missioni sul complesso delle risorse programmate nel PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Dossier, Senato della Repubblica & Camera dei deputati, 2021, p.20)

Le Componenti, a loro volta, si articolano in 43 ambiti di intervento per progetti omogenei e coerenti. Per ogni Missione sono indicati le linee di investimento (in totale 133) e le riforme settoriali (49) volte ad introdurre regimi regolatori e procedurali più efficienti nei rispettivi ambiti. In ciascuna Missione, inoltre, si dà conto dei profili più rilevanti ai fini del perseguimento delle tre priorità trasversali del Piano (“Parità di genere”, “Giovani” e “Sud e riequilibrio territoriale”).

La Missione n. 6 si divide in due Componenti principali:

- 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;

- Componente 2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale: per il rinnovamento e l'ammmodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del Sistema Sanitario Nazionale anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

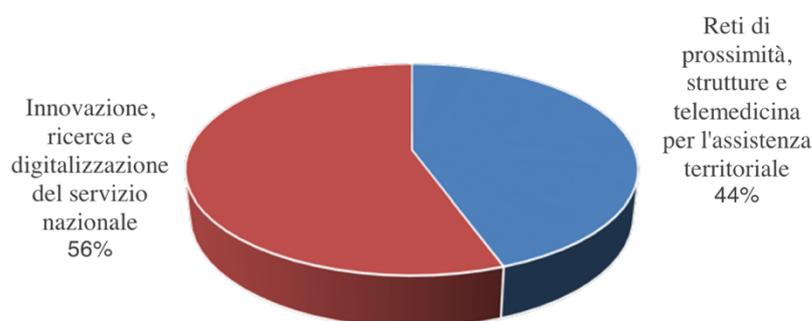


Figura 3 Riparto percentuale delle risorse tra le Componenti della Missione 6 (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Dossier, Senato della Repubblica & Camera dei deputati, 2021, p. 29)

Agli investimenti si affianca un intervento di riforma finalizzato alla definizione di un nuovo assetto istituzionale e organizzativo, che consenta di conseguire standard uniformi di cura nell'assistenza territoriale e un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con un approccio integrato *One Health* e con una visione olistica che si definisce nel *Planetary Health*.

Gli investimenti per gli Ospedali e le Case di Comunità, nonché quelli per la telemedicina, sono rivolti alla popolazione nel suo complesso, con una particolare attenzione ai pazienti cronici e fragili, ai quali è sostanzialmente rivolto l'investimento per l'assistenza domiciliare (over 65). L'investimento per la Casa della comunità intende altresì fornire servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari attraverso i consultori.

Per quanto riguarda la fase di attuazione del PNRR, il Governo chiarisce che le singole Amministrazioni centrali interessate (Ministeri), nonché le regioni e gli enti locali, provvedono alla realizzazione dei singoli interventi e delle riforme. Un'apposita struttura del Ministero dell'Economia e delle Finanze provvede al coordinamento centralizzato, al monitoraggio e al controllo sull'attuazione, oltre a costituire il punto di contatto con la

Commissione europea. Infine, una Cabina di Regia per il PNRR ha il compito di garantire il monitoraggio dell'avanzamento del Piano, il rafforzamento della cooperazione con la partnership economica, sociale e territoriale, di proporre l'attivazione di poteri sostitutivi e le normative necessarie per l'implementazione delle misure del PNRR. La disponibilità complessiva del PNRR è di 191,50 miliardi di euro, a cui vengono sommate le risorse del REACT EU, pari a 13 miliardi e quelle del Fondo Complementare pari a 30,62 miliardi, per un totale di 235,12 miliardi di euro. Alla Missione 6 Salute vengono assegnati in totale 15,63 miliardi.

### *1.1.2 Sviluppo normativo della Regione Veneto*

Nel 2012 la Regione Veneto, in attuazione ai Decreti della Giunta Regionale n.41/11 e 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 (Medici di Medicina Generale, infermieri, assistenti sociali);
- Programmi di prevenzione;
- Raccolta di dati socio-epidemiologici e dei bisogni della comunità;
- Rete informativa.

Per quanto riguarda le AFT e le UCCP, la loro costituzione rimase incompiuta. Successivamente, con la Legge Regionale n.48 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. In particolar modo vengono posti come obiettivi strategici:

- garantire la gestione dei problemi di salute secondo un sistema di prioritarizzazione mediante la realizzazione di percorsi integrati proporzionati al profilo di bisogno;
- valorizzare la personalizzazione della presa in carico, attraverso piani integrati di cura in coerenza con il Piano Nazionale Cronicità;
- organizzare una filiera dell'assistenza che sia in grado di garantire le transizioni tra luoghi e/o livelli assistenziali differenti, favorendo la domiciliarità ed il recupero funzionale;
- promuovere un sistema di governance della cronicità e della multimorbilità centrata sulla misurazione dei risultati.

Dall'analisi dello scenario epidemiologico e sociale e l'impatto sulla domanda di servizi sociosanitari presentato nel PSSR (Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, Consiglio Regionale del Veneto) viene riportato infatti che nella popolazione veneta, a partire dai 55 anni, quasi il 50% della popolazione risulta affetto da almeno una patologia cronica e circa il 20% è in condizione di multi-morbilità. Tra le patologie croniche più diffuse si rilevano l'ipertensione arteriosa, le dislipidemie, il diabete, le demenze, la bronco pneumopatia cronico-ostruttiva e lo scompenso cardiaco. L'analisi della tipologia di pazienti che accedono all'ospedale ha evidenziato che più del 70% dei ricoveri ospedalieri si riferisce a pazienti cronici che accedono alle strutture o con ricovero acuto o con ricovero programmato. Il modello regionale di presa in carico della cronicità e della multimorbilità si fonda sul concetto di intensità di cura e di assistenza per sottolineare la gradualità nell'erogazione dell'assistenza correlata al bisogno.

Con la Delibera della Giunta regionale n.782 del 16 giugno 2020 la Regione Veneto ha programmato le azioni regionali attuative delle misure in materia sanitaria connesse al cosiddetto Decreto Rilancio. In tale provvedimento viene sottolineata l'importanza di implementare, con possibilità dell'incremento della spesa di personale e l'impegno di risorse, le azioni terapeutiche ed assistenziali a livello domiciliare rafforzando i servizi infermieristici, con l'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità.

I pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione e perciò la regione Veneto ha proposto un modello organizzativo fondato su team multiprofessionali che vedono la partecipazione dei Medici di Medicina Generale, specialisti territoriali, infermieri di famiglia, assistenti sociali, con legami funzionali con i professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere e con gli operatori del Dipartimento di prevenzione. In particolar modo, nella normativa della Giunta regionale vengono descritte le attività dell'infermiere di famiglia:

- Collabora alla gestione dell'ambulatorio della cronicità con riferimento alle attività infermieristiche previste dai PDTA, ivi comprese la rilevazione di parametri, verifiche di follow up e front office sanitario;
- Garantisce prestazioni infermieristiche di consulenza e di educazione sanitaria e terapeutica con adozione di interventi di counselling, di supporto motivazionale e di rinforzo al paziente e alla famiglia, allo scopo di sviluppare abilità di autocura e di

fiducia nella gestione della malattia, provvedendo al monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed alla segnalazione di anomalie al MMG;

- Contribuisce al monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale ed alla valutazione delle alterazioni sintomatiche delle condizioni di salute in caso di malattia che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze;
- Svolge un'attività di mappatura delle risorse del territorio per il mantenimento di stili di vita sani, progettando ed attivando iniziative di promozione della salute rivolte alla comunità che favoriscano la partecipazione attiva.

La presenza dell'infermiere di famiglia è prevista, nella Regione Veneto, secondo uno standard non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti.

### *1.1.3 Sviluppo normativo e nuovo modello di assistenza territoriale*

La Legge n.296 del 2006 ha dato nuove linee di indirizzo per specifiche risorse legate alla sperimentazione di un nuovo modello assistenziale applicato alle cosiddette Case della Salute, attuato poi con il Decreto 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 sanitaria territoriale come nodo principale del riordino della rete dei servizi sanitari territoriali; vengono stabiliti i criteri per la riorganizzazione in:

- Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), quali aggregazioni mono professionali con effetti tipicamente organizzativi e non erogativi, rappresentate dall'insieme di professionisti che hanno in carico il cittadino. Essere dovrebbero assicurare la realizzazione degli obiettivi di salute per i cittadini di riferimento producendo prestazioni finalizzate al governo clinico territoriale.

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, strumenti di valutazione della qualità

assistenziale, audit e strumenti analoghi. Sono collegate funzionalmente ad Unità Complesse di Cure Primarie;

- Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) quale articolazione del Distretto che eroga prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei MMG/PLS, dei medici di continuità assistenziale, degli specialisti e delle altre figure sanitarie del Distretto. L'assetto organizzativo, le linee, le modalità e le caratteristiche in merito alla divisione del lavoro tra i professionisti che compongono l'UCCP vengono definite da disposizioni nazionali (Atto di indirizzo); sono demandati invece alle regioni l'individuazione dei principi per definire gli standard relativi alle erogazioni delle prestazioni, la programmazione e la realizzazione delle UCCP.

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. Nel dicembre 2020, il Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei Deputati ha inviato alla Conferenza delle Regioni una richiesta di informazioni relativa ai presidi delle cure intermedie (Case della Salute, Ospedali di Comunità, ecc.) attivi nei diversi sistemi sanitari regionali. In tale relazione è stata sottolineata l'ampia disomogeneità tra le varie Regioni.

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 COVID-19", dispone l'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità 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 in favore delle

persone fragili e dei soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative.

Il Patto per la Salute 2019-2021 stabilisce inoltre che, al fine di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali, vengano definite linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, favorendo l'integrazione con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia o di comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone.

Le successive “Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità” (2020) della Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome ne descrivono le competenze professionali, l'ambito organizzativo e formativo. L'infermiere di Famiglia o Comunità viene descritto come un professionista che:

- ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi;
- lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie, associazioni, volontariato e collabora in team con MMG, PLS, MCA, assistenti sociali e altri professionisti sanitari;
- è coinvolto in attività di prevenzione e promozione di corretti stili di vita (counseling motivazionale), si attiva per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro soluzione, garantisce una forte presenza continuativa e proattiva, favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai fini di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita.

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”, attraverso una riforma del quadro normativo dell'assistenza sanitaria di prossimità che definisce nuovi standard organizzativi, tecnologici e qualitativi. L'obiettivo è quello di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure, valorizzando il ruolo del

paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale e, allo stesso tempo, garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria.

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 sociosanitari, nel rispetto della autonomia delle singole Regioni in merito alla organizzazione dei servizi sanitari come prevista dalla Legge dell'8 novembre 2012 n. 189 (Legge "Balduzzi").

Il modello di stratificazione proposto, in particolare, suddivide la popolazione su sei livelli di complessità assistenziale dove il primo livello è rappresentato non più solo da persone già malate ma con un basso carico assistenziale, ma anche da persone sane che utilizzano sporadicamente i servizi sanitari, facendo emergere la necessità di investire sulla prevenzione in collaborazione con altre istituzioni e associazioni di volontariato. Ciò sottolinea l'evoluzione del modello di assistenza territoriale, segnando di fatto il passaggio da un sistema organizzativo rigido, focalizzato sul compito e con responsabilizzazione accentrata al servizio di assistenza domiciliare integrata, ad un sistema a rete flessibile, che si focalizza sul processo e che richiede la responsabilizzazione di più organizzazioni e professionisti. La precedente stratificazione della popolazione secondo il modello a piramide rendeva di fatto difficile inglobare tutti i reali bisogni socio-sanitari dei cittadini, essendo basata principalmente su quanto una o più patologie fossero invalidanti per la vita della persona. La nuova classificazione per complessità assistenziale introduce flessibilità nell'organizzazione del lavoro assistenziale e distribuisce le risorse non più in un'ottica quantitativa in termini di proporzione prestazioni effettuate/ore assistenziali, ma in un'ottica qualitativa che valorizza l'assistenza infermieristica rivolta verso tutte le dimensioni costitutive della persona.

La stratificazione e il raggruppamento in cluster proposti dal Decreto Ministeriale rappresentano quindi un ampliamento della classificazione delle malattie, con l'inclusione dei determinanti di salute, cioè di quelle variabili che influenzano lo stato di salute come stili di vita individuali, capacità e convinzioni personali, reti sociali e di comunità, condizioni socioeconomiche, culturali e ambientali.

Il perno del sistema sarà il Distretto Socio Sanitario al cui interno rivestirà un ruolo fondamentale la Casa della Comunità dove i cittadini potranno trovare assistenza 24 ore su

24, ogni giorno della settimana. All'interno del Distretto vi saranno poi gli Ospedali di Comunità con una forte assistenza infermieristica e saranno decisivi per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero.

A coordinare i vari servizi presenti nel Distretto vi saranno le Centrali Operative Territoriali e il numero di assistenza territoriale europeo 116117 che i cittadini potranno chiamare per richiedere tutte le prestazioni sanitarie e socio sanitarie a bassa intensità assistenziale. Vengono poi fissati gli standard per l'assistenza domiciliare e viene definito l'utilizzo dei servizi di telemedicina.

Nel nuovo sistema di assistenza territoriale avranno ruolo rilevante gli Infermieri di Famiglia e di Comunità quale figura di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. Gli standard prefissati dalla normativa sono:

- Case della Comunità: *hub* 1 ogni 40.000-50.000 abitanti, *spoke* secondo le caratteristiche ortografiche e demografiche del territorio (si veda Allegato 1);
- Infermiere di Famiglia e di Comunità: 1 ogni 2.000-3.000 abitanti;
- Centrale Operativa Territoriale (COT): 1 ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale;
- Ospedale di Comunità: 20 posti letto ogni 50.000-100.000 abitanti.



Figura 4 Sistema organizzativo secondo DM 77/22 (Agenas, 2022, p.90)

## 1.2 CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

Tra i fattori che agiscono sulla salute sono preponderanti i cambiamenti sociali, economici e demografici, rapidi e sfavorevoli, che si ripercuotono sulle condizioni lavorative, sui contesti educativi, sui modelli familiari, sul tessuto sociale e culturale delle comunità, influenzando le condizioni di vita degli uomini e delle donne in modo diverso. Negli ultimi decenni sono inoltre avvenuti cambiamenti significativi che stanno influenzando la nostra salute a livello planetario:

- scostamento della curva del benessere da quello della crescita economica;
- crescenti disuguaglianze;
- crisi ambientale;
- globalizzazione;
- migrazioni e mescolanze;
- cambiamento tecnologico;
- nuovi modelli di consumo e comunicazione.

Un ampio e solido corpo di evidenze epidemiologiche (Albano et al., 2022, Barsani et al., 2020, Wilkinson & Pickett, 2009) converge nell'indicare che, soprattutto nei Paesi Occidentali, più sono maggiori le differenze di reddito tra ricchi e poveri, più le popolazioni tendono a soffrire di un peso maggiore di una vasta gamma di problemi sanitari e sociali. Maggiore è il divario socioeconomico (alta disuguaglianza), peggiori sono la salute fisica e mentale e la percentuale di persone fragili nella popolazione. Tutti questi esiti si amplificano scendendo i gradini della scala sociale, dimostrando la correlazione tra disuguaglianze e salute; inoltre, si presentano in una dimensione unitaria che non riguarda soltanto il benessere fisico, ma coinvolge direttamente anche la sfera psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa dei cittadini e i loro stili di vita.

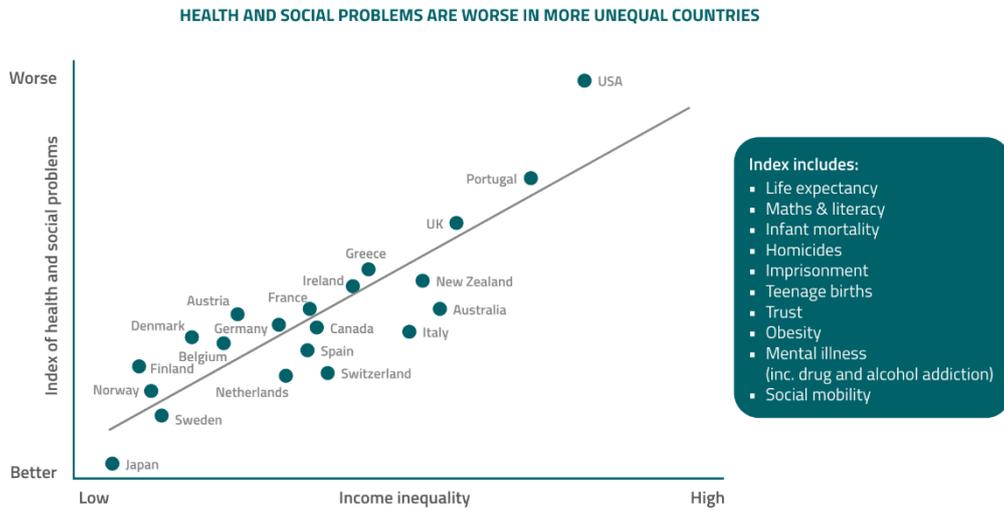


Figura 5 Problemi sociali e sanitari sono maggiori nei Paesi con maggiori disuguaglianze (Albano et al., 2022, p.16)

La transizione epidemiologica è la teoria che descrive il cambiamento della fertilità, dell’aspettativa di vita e della mortalità della popolazione (ISS, 2012).

La speranza di vita alla nascita nel 2019 in Italia era di 81,1 anni per gli uomini e di 85,4 per le donne. Ma i differenziali in anni tra speranza di vita e speranza di vita in buona salute alla nascita erano del -22% per le donne e -18% per gli uomini (che salgono a -60% e -50% dopo i 65 anni rispettivamente). La fecondità, in calo da diversi anni, si riduce ulteriormente a 1,27 figli per donna, mentre l’età media al parto (32 anni) è fra le più alte in Europa. Continua ad aumentare l’indice di vecchiaia, raggiungendo quota 179,3 anziani ogni cento giovani (OECD, 2020).

Per affrontare le nuove sfide legate alla popolazione è necessario che la risposta tecnico-organizzativa del sistema sociale e sanitario si adegui tempestivamente ai mutamenti in corso e alle nuove esigenze, evitando l’ospedalizzazione e prediligendo interventi sul territorio, mirati alla prevenzione, alla riabilitazione, alle facilitazioni ambientali, al sostegno economico, sociale e motivazione dell’anziano e della sua famiglia, nel contesto di vita.

### *1.2.1 Invecchiamento*

L'Italia è uno dei Paesi più “vecchi” dell'Unione Europea, sia per età media, sia per prevalenza della popolazione anziana. La dinamica dell'invecchiamento della popolazione a livello europeo è descritta dalla percentuale di ultrasessantacinquenni, oggi intorno al 20% (Italia 23%), destinato a salire fino al 28% nel 2060 (In Italia 33,6%). Accanto a questa si fa strada, almeno in Italia, la diffusa sensazione della rarefazione del tessuto sociale: il 25% degli ultrasessantacinquenni ritiene di non poter contare su nessuno in caso di necessità. Un popolo di anziani soli rappresenta un panorama inedito dal punto di vista assistenziale, soprattutto nel contesto italiano abituato al ruolo cruciale della famiglia nelle funzioni di cura, famiglia che oggi statisticamente è sempre più rarefatta e spesso non esistente (Barsanti et al., 2020).

Secondo il Rapporto ISTAT 2019 sulle condizioni di salute della popolazione anziana in Italia, il 28,4% della popolazione ultrasessantacinquenne ha gravi difficoltà nelle attività funzionali di base con un ripido gradiente al crescere dell'età: la proporzione osservata fra i 65-74enni (14,5%) raddoppia tra i 75-84enni e quadruplica tra gli ultra ottantacinquenni. Fra gli anziani con gravi limitazioni funzionali, il 20,9% ha difficoltà motorie, 13,8% deficit sensoriali gravi anche con l'uso di ausili, e 8,2% deficit cognitivi. Nei 12 mesi precedenti era andato incontro a un ricovero ospedaliero circa un anziano su 10 di 65-74 anni e due su 10 di 85 anni e più.

Con comunicato pubblicato il 10 settembre 2022 è stata annunciata l'avvenuta approvazione della proposta di adozione del nuovo Piano Nazionale per la non autosufficienza, relativo al triennio 2022-2024. Il Piano si è reso necessario in seguito alla costituzione di sistemi di servizi integrati presso le Case della Comunità previste dal PNRR in cui il Servizio Sanitario Nazionale garantisce, mediante le risorse umane e strumentali, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi socio sanitari attraverso punti unici di accesso (PUA). Viene pertanto ribadito che il Piano si fonda su un criterio di universalità e di prossimità alle persone ed alle comunità territoriali, favorendo il consolidamento dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) su tutto il territorio nazionale e il percorso di integrazione tra i sistemi sociale e sanitario (Piano Nazionale per la non autosufficienza, Dipartimento per gli affari regionali e le autonomie, Servizio Sanità, lavoro e politiche sociali).

### 1.2.2 Cronicità

Non solo il processo di invecchiamento della popolazione italiana prosegue, ma una quota significativa e crescente della stessa, pari circa al 40%, è afflitta da malattie croniche (Aceti et al., 2021). Cronicità e invecchiamento sono strettamente correlati in ragione dell'associazione tra l'essere cronici e l'essere anziani. Parimenti, sono numerose le interconnessioni con le politiche per la non autosufficienza, condizione spesso associata alla cronicità. Anche le più recenti evidenze statistiche sulla diffusione della cronicità e della non autosufficienza restituiscono il quadro delle interdipendenze tra questi tre elementi. Si fa riferimento alla definizione utilizzata dall'Organizzazione mondiale della sanità che considera le condizioni croniche come “problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni”. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2021) ha stimato che oltre l'80% dei costi in sanità è assorbito dalla cronicità. Su una popolazione residente in Italia di 51 milioni di persone con più di 18 anni, si può stimare che oltre 14 milioni presentino una patologia cronica, e di questi 8,4 milioni siano ultra sessantacinquenni. Si raggiungono quasi 22 milioni di abitanti con cronicità considerando il totale della popolazione (anche under18): 8,8 milioni circa con almeno una patologia cronica grave e 12,7 con due o più malattie croniche in tutte le fasi della vita e quindi il dato è riferito a tutte le età: oltre un terzo di tutti gli abitanti. Ne deriva che 8 milioni di persone con patologia cronica siano under-18. Nel 2020, le malattie croniche interessano quasi il 41% della popolazione italiana. Le donne, in particolare, sono maggiormente affette da patologie croniche (43,2%) rispetto agli uomini (38,5%) e, se si considera la presenza di almeno due malattie croniche, il divario aumenta: 24,4% per le donne contro il 17% per gli uomini. La malattia cronica più ricorrente è l'ipertensione che interessa il 17,8% della popolazione, seguita dall'artrosi e l'artrite (14,7%) e dalle malattie allergologiche (11,6%).

I dati Istat (2021) evidenziano che le persone con livello di istruzione più basso soffrono molto più frequentemente di patologie croniche rispetto al resto della popolazione, con un divario crescente all'aumentare del titolo di studio conseguito. Differenze di prevalenza si registrano anche rispetto alle professioni, alle differenze di genere, all'esposizione (attuale e pregressa) al fumo di sigaretta e nel consumo di alcol, e all'inattività fisica.

Inoltre, l'Atlante delle disuguaglianze di AIFA riporta che i livelli medi di aderenza e persistenza al trattamento farmacologico calcolati a livello nazionale sono in generale poco soddisfacenti, anche se per entrambi gli indicatori si osserva un gradiente decrescente Nord-

Sud. In generale, le donne sono meno aderenti rispetto agli uomini per tutte le categorie terapeutiche analizzate, ad eccezione dei farmaci anti osteoporotici.

Il Piano Nazionale della Cronicità (2016), in generale, si configura come una serie di raccomandazioni e di buone prassi senza che tuttavia siano espressamente indicati i collegamenti tra tali azioni e agli altri processi di programmazione sanitaria nazionale in atto. A fine 2019 la maggior parte delle Regioni aveva recepito il Piano solo formalmente e non risultano ancora disponibili attività istituzionali di monitoraggio o benchmarking sull'implementazione regionale di tali percorsi. Nonostante siano richiamate le raccomandazioni della letteratura per un approccio olistico sui complessivi globali della persona (non solo quelli clinici) e siano auspiccate politiche intersettoriali, il Piano nei suoi risvolti operativi si focalizza quasi esclusivamente sulle pratiche clinico-terapeutiche (ad esempio tutto il cuore della discussione è sui Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali riferiti a specifiche patologie), con riferimenti molto generici alle modalità di gestione dei bisogni socio-assistenziali.

Anche nell'individuazione operativa degli attori da coinvolgere per l'attuazione del modello da perseguire, sono quasi assenti i riferimenti alla rete dei servizi sociali e agli attori del welfare territoriale. Se, dunque, non mancano i riferimenti agli anziani, rari sono quelli alla condizione di non autosufficienza. Due sembrano essere gli aspetti per i quali è richiamata quest'ultima condizione:

1. la prevenzione della disabilità è considerata uno degli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità: la perdita di autonomia è un rischio a cui i pazienti cronici sono esposti, pericolo che occorre in ogni modo limitare;
2. il Piano incoraggia le Regioni a considerare la variabile "disabilità/non autosufficienza" nella costruzione del proprio modello di stratificazione dei bisogni ma manca una vera e propria definizione degli obiettivi e degli strumenti operativi, con il rischio che si rivelino indicazioni perlopiù astratte.

Secondo Dellafiore et al. (2022), gli Infermieri di Famiglia hanno un ruolo importante nell'educazione dei pazienti per supportare l'assistenza sanitaria secondaria, ed in particolare per 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 malattie croniche, prevenendone la diffusione.

### 1.2.3 Fragilità

Non è disponibile una definizione condivisa, ma la letteratura sulla fragilità ha incluso tre aspetti che la modulano:

- la suscettibilità individuale (es. malattie croniche);
- i fattori di vulnerabilità (di natura soprattutto sociale);
- la intrinseca capacità di adattamento (resilienza).

La Joint Action Europea ADVANTAGE (Albano et al., 2022) definisce la fragilità come una condizione età-correlata e multifattoriale, caratterizzata da un'aumentata vulnerabilità agli eventi avversi di origine endogena ed esogena e a una progressiva riduzione della capacità intrinseca, che espone l'individuo a un maggior rischio di esiti di salute negativi e all'incremento di ospedalizzazione, disabilità e morte. C'è necessità di misurare e stratificare la fragilità, attraverso metriche per identificare i cluster di bisogni prioritari, che comprendano, ma vadano oltre la clinica medica.

Gli anziani fragili in Italia sono il 17,9%. La fragilità aumenta progressivamente con l'età, riguarda il 15% degli ultrasessantacinquenni e raggiunge il 47% tra gli ultraottantacinquenni; è associata allo svantaggio socioeconomico (28% fra le persone con molte difficoltà economiche vs 13% tra chi non ne ha) e correlata al livello di istruzione (24% fra le persone con bassa istruzione vs 13% fra chi ha un livello di istruzione alto). La stragrande maggioranza delle persone con fragilità (98%) riceve aiuto per svolgere le funzioni delle attività della vita quotidiana per cui non è autonomo (IADL). Tuttavia, questo aiuto è sostenuto per lo più dalle famiglie, dai familiari direttamente (94%), e/o da badanti (21%) ma anche da conoscenti (14%); il 10% riferisce di ricevere aiuto a domicilio da operatori sociosanitari delle ASL o del Comune, meno del 3% riceve assistenza in un centro diurno. In assenza di una rete familiare e/o comunitaria, gli anziani fragili che sono portatori di lievi disabilità (11% dei 65-74enni e il 30% degli ultra 85enni) e non sono in grado di svolgere una vita autonoma. Il 34% degli ultra sessantacinquenni ha dichiarato di avere difficoltà nell'accesso ai servizi sociosanitari (ASL, Medico di base, Comune), o ai negozi di generi alimentari e di prima necessità (Rapporto PASSI d'Argento 2017-2020).

Nonostante le evidenze sul valore delle pratiche di prevenzione e promozione svolte a monte della fragilità, il nostro sistema di assistenza sanitaria e sociale è ancora in gran parte gestito

con un approccio a breve termine. Il Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025, avente come uno dei macro obiettivi “le malattie croniche non trasmissibili” ribadisce, l’approccio *life course*, finalizzato al mantenimento del benessere della persona in ciascuna fase dell’esistenza come strumento facilitante per le azioni di promozione della salute e di prevenzione, al fine di migliorare l’appropriatezza ed il sistematico orientamento all’equità degli interventi (Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, Ministero della Salute).

#### 1.2.4 *Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT)*

Le Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) rappresentano una sfida per i sistemi sanitari a livello globale: quattro classi di MCNT (patologie cardiovascolari, diabete, patologie respiratorie croniche, cancro) sono responsabili a livello mondiale, di oltre 70% dei decessi, quota che raggiunge in Italia, come in altri paesi Europei, il 91%. La prevalenza delle MCNT si impenna già dai 50 anni, interessando una parte rilevante di popolazione ancora in età produttiva, mentre oltre metà dei cittadini tra i 55 e il 75 anni e tre quarti fra gli ultra 85enni presenta una o più patologie (Istat, 2020).

Interventi essenziali per le malattie non trasmissibili ad alto impatto possono essere forniti attraverso un approccio di assistenza sanitaria di base per rafforzare la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo. L'evidenza mostra che tali interventi sono ottimi investimenti economici perché, se forniti precocemente ai pazienti, possono ridurre la necessità di cure più costose. Gli obiettivi dell’assistenza per persone con MCNT per le quali non esiste una cura risolutiva, caratterizzate da peggioramenti intercorrenti, intervallati da lunghi periodi di stabilità, sono quindi peculiari e si focalizzano sul controllo dei sintomi, la prevenzione delle recidive e della necessità di ospedalizzazione, il mantenimento della persona al domicilio e il miglioramento dello stato funzionale e della qualità della vita (Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, Ministero della Salute).

Nel 2019, l'Assemblea mondiale della sanità ha esteso al 2030 il piano d'azione globale dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 e ha chiesto lo sviluppo di un *Implementation Roadmap* per l'attuazione dal 2023 al 2030 per accelerare i progressi nella prevenzione e nel controllo delle malattie non trasmissibili. La tabella di marcia sostiene le azioni per raggiungere una serie di nove obiettivi globali con il maggiore impatto sulla prevenzione e la gestione delle malattie non trasmissibili.

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) vengono definiti dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa (2012-2014) come sequenze predefinite, articolate e coordinate di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriali, che prevedono la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate a una specifica situazione patologica. Attualmente in vigore e oggetto di monitoraggio sono 6, individuati, sulla base dell'impatto delle patologie sulla popolazione e sull'assistenza sanitaria:

1. Broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO);
2. Scompenso cardiaco;
3. Diabete;
4. Tumore della mammella nella donna;
5. Tumore del colon;
6. Tumore del retto.

Secondo Bancherò et al. (2017), è evidente come i Piani possano essere o meno assicurati da modelli organizzativi diversi in funzione della realtà demografica, sociale e assistenziale e come il loro successo sia determinato dal grado di cooperazione tra i vari professionisti; viene inoltre sottolineata la mancanza della presa in carico della persona prima della diagnosi, tralasciando di fatto le attività di prevenzione e promozione della salute.

Il luogo di elezione per rispondere ai bisogni delle persone sono il territorio e la casa della persona. Attualmente il territorio è particolarmente debole sia dal punto di vista degli investimenti che delle disponibilità di assistenza pubblica, con conseguenze sulla spesa diretta delle famiglie (Aceti et al., 2021). La non completa applicazione del Piano Nazionale Cronicità e gli ulteriori, ma ancora insufficienti, stanziamenti del PNRR per l'assistenza territoriale non danno ancora soluzione al problema della spesa privata che le famiglie devono sostenere per avere l'assistenza necessaria. La definizione di un modello di assistenza territoriale capillare su tutto il territorio nazionale che sia in grado di rispondere ai bisogni di salute della comunità di riferimento, non dimenticando le fasce di popolazione in età più avanzata e fragili, nonché la popolazione con una o più patologie croniche o con disabilità, non può prescindere dal potenziamento dell'assistenza domiciliare (Aceti et al., 2021).

I progetti previsti mirano a valorizzare l'assistenza sanitaria territoriale valorizzando il ruolo del paziente, integrando i servizi sanitari in un approccio *One Health* incentrato sul rafforzamento dei servizi sanitari locali, con investimenti che includono la costruzione e la modernizzazione, sia dal punto di vista tecnologico che organizzativo, del Sistema Sanitario Nazionale italiano (Albano et al., 2022). La componente mira a garantire la salute non solo come mera assenza di malattia, ma come stato di benessere fisico, sociale e mentale della persona attraverso una riforma che aggiorna e definisce il quadro normativo nell'ambito dell'assistenza sanitaria di prossimità mediante la definizione di standard organizzativi, tecnologici e qualitativi dell'assistenza territoriale. La medicina di iniziativa, che va incontro al cittadino prima che le patologie insorgano o si aggravino, è stata concettualizzata per rispondere efficacemente ai bisogni di salute della popolazione. Essa mira alla prevenzione ed al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio e riguarda dunque tutti i livelli del sistema sanitario. All'opposto della medicina di attesa, che lavora on demand sul singolo cittadino, la medicina di iniziativa studia ex ante i dati aggregati della popolazione, per individuare i target di cittadini da chiamare e ingaggiare proattivamente (Barsanti et al., 2020).

Il contesto epidemiologico locale (articolato a livello distrettuale) insieme ad un'adeguata stratificazione per rischio di fragilità in sottogruppi della popolazione, sono indispensabili per una corretta ed efficace individuazione dell'offerta assistenziale. La prevenzione e l'assistenza sociosanitaria assumono, da questo punto di vista, una luce completamente diversa: con il concetto di fragilità esse sono maggiormente orientate all'osservazione delle capacità conservate e al sostegno per il loro potenziamento, cercando il più possibile di rispettare l'autonomia e la libertà di scelta della persona; ciò porta ad un livello di resilienza individuale, sostenibile nel tempo e di promozione della salute (Albano et al., 2022).

### 1.3 SERVIZI ASSISTENZIALI E RETE SOCIALE

L'epidemia da Covid-19 ha messo in luce che viviamo nell'età della fragilità, dell'invecchiamento e delle diseguglianze crescenti, emersa dall'interazione sinergica delle patologie cronico-degenerative e delle sovra infezioni. Inoltre, la risposta alla pandemia ha evidenziato le fragilità dei modelli di assistenza (l'assenza di trasparenza, la scarsa integrazione sociosanitaria, il gap strutturale tra risorse e bisogni, la frammentazione dei servizi, la carenza di personale, l'uso sporadico della tecnologia digitale). Nel territorio

vengono offerti diversi servizi rivolti alla popolazione ma non è chiaro come essi si integrino e se siano sufficienti per rispondere ai bisogni di salute degli individui e delle loro famiglie (European Commission, 2021).

### *1.3.1 Personale Sanitario*

Nell'anno 2020 il personale dipendente del SSN ammontava a 617.466 unità di cui il 72,3% è rappresentato dal ruolo sanitario. Nel ruolo sanitario le unità con profilo infermieristico costituiscono il 59,3% del totale, i medici e gli odontoiatri il 23,1% mentre il restante 17,6% è rappresentato da altre figure professionali sanitarie (Agenas, 2022).

Le indagini sul personale del Sistema Sanitario Nazionale pubblicate da Agenas nell'ottobre 2022 dimostrano una carenza diffusa rispetto a due principali categorie professionali (Agenas, 2022).

Dal confronto con le medie dell'Unione Europea emerge che attualmente il personale sanitario italiano rapportato alla popolazione è caratterizzato da un numero complessivo di medici congruo e da un numero di infermieri insufficiente. Nell'ambito del personale medico risultano comunque carenti alcune specializzazioni. La carenza principale riguarda i Medici di Medicina Generale (MMG) che sebbene rapportati alla popolazione siano apparentemente sufficienti, risultano inferiori rispetto alle medie europee e non omogeneamente distribuiti sul territorio, risultando carenti nelle aree a bassa densità abitativa o caratterizzate da condizioni geografiche disagiate (Agenas, 2022). Nell'ultimo decennio diversi paesi hanno incrementato il numero di posti di formazione post-laurea in medicina generale. Tale misura, tuttavia, ha avuto una efficacia limitata, perché qui come in altri paesi, risulta sempre più difficile attrarre un numero di laureati in medicina sufficiente a ricoprire i posti disponibili per la medicina generale. Le motivazioni sembrerebbero legate alla retribuzione e al basso livello di prestigio percepito nel ruolo di MMG (Agenas, 2022).

In risposta alla carenza di medici, diversi paesi hanno iniziato a implementare ruoli più avanzati per gli infermieri sia in ospedale sia nelle cure primarie. In paesi come la Finlandia, il Regno Unito e l'Irlanda l'impiego di infermieri con competenze avanzate ha migliorato l'accesso ai servizi riducendo i tempi di attesa, fornendo al contempo la stessa qualità delle cure offerte dai medici, per una vasta gamma di pazienti, compresi quelli con malattie minori e che necessitano di controlli di routine (Agenas, 2022). Inoltre, il protrarsi del blocco delle assunzioni ha determinato l'innalzamento dell'età media del personale e il conseguente

fenomeno della “gobba pensionistica”. Tale fenomeno, sebbene riguardi tutto il personale sanitario, appare naturalmente più minaccioso per i profili professionali già carenti. L’offerta formativa delle diverse scuole di specializzazione è stata sensibilmente incrementata a partire dal 2018. Gli effetti di tali incrementi saranno apprezzabili da cinque a sei anni dopo, quindi a partire dal 2023. Per il quinquennio 2022-2027 l’offerta formativa delle varie scuole di specializzazione sarà in grado di assicurare, a legislazione costante, il numero di pensionamenti prevedibile per lo stesso periodo (Agenas, 2022). Per il profilo professionale degli infermieri nel quinquennio 2022-2027 l’offerta formativa attuale sarà in grado di assicurare una disponibilità di personale sufficiente a compensare quello di prevedibile pensionamento nello stesso periodo più quello di prevedibile nuova assunzione in relazione all’esigenza di potenziamento dell’assistenza territoriale (Agenas, 2022).

I due profili professionali sopracitati costituiscono gli assi portanti di qualsiasi operazione di potenziamento delle attività sanitarie di prossimità, per cui si ritiene necessario abbinare all’incremento dell’offerta formativa un sistema di incentivi in grado di rendere attrattive tali figure professionali in termini di riconoscimento sociale oltre che economico (Agenas, 2022).

### *1.3.2 Servizio Assistenza Domiciliare (SAD)*

Il SAD, storico servizio di assistenza domiciliare di titolarità comunale, nasce per iniziativa di varie Amministrazioni comunali al fine di rispondere alle necessità di anziani con lievi bisogni. Gli interventi offerti – limitati per numero di accessi settimanali e per ore di servizio erogate, standardizzati e svolti rigorosamente in momenti diurni – appaiono insufficienti a garantire la permanenza al domicilio di anziani con compromissione dell’autonomia (Barsanti et al., 2020). Oggi il servizio offre prestazioni socio-assistenziali a persone parzialmente o totalmente non autosufficienti. Gli interventi erogati sono di supporto alla vita quotidiana, di cura e igiene personale e, sebbene in misura molto minore e non ovunque, di sostegno all’integrazione sociale. La valutazione del bisogno e l’accesso al servizio sono di competenza del Servizio sociale; solitamente è richiesta la partecipazione al costo del servizio, calcolata in base all’indicatore Isee e nella misura prevista dal regolamento del singolo ente. Attualmente il servizio di assistenza domiciliare comunale in Italia ha un ruolo marginale e residuale e non risulta essere equamente distribuito nel territorio.

### 1.3.3 Caregiver e assistenti familiari

Le definizioni di caregiver sono diverse; quella abitualmente usata da Eurocarers (2018) è la seguente:

*“I caregiver sono persone di qualsiasi età che forniscono assistenza (in genere senza remunerazione) a chi è colpito da malattie croniche, disabilità o altra necessità sanitaria o di cure continuative, al di fuori di un rapporto di lavoro formale o professionale”.*

Quasi tutte le persone con fragilità (98%) ricevono aiuto per svolgere le funzioni delle attività della vita quotidiana per cui non è autonomo (ADL). Tuttavia, questo aiuto è sostenuto per lo più dalle famiglie, dai familiari direttamente (94%), e/o da badanti (21%) ma anche da conoscenti (14%); meno del 3% riferisce di ricevere aiuto a domicilio da operatori socio-sanitari delle ASL o del Comune, meno dell'1% riceve assistenza da un centro diurno. Una piccola quota è sostenuta da associazioni di volontariato (1%) (Bazoli e Montemurro, 2015). Nella stessa indagine emerge che il 61,6% degli intervistati ha dichiarato di non aver ricevuto alcun aiuto pubblico negli ultimi tre mesi per il proprio familiare non autosufficiente. Periodo di tempo durante il quale il servizio che maggiormente è stato utilizzato è l'assistenza domiciliare infermieristica (13,2%). Infine, il 6,6% degli intervistati ha risposto che usufruisce di altri servizi pubblici, in particolare la maggior parte dichiara di ricevere aiuti attraverso i servizi sociali o un contributo economico per pagare un'assistente familiare. In questa indagine, le principali criticità segnalate dai caregiver sono: lo spostamento per visite mediche e prestazioni sanitarie nel 54,2% dei casi; i costi economici nel 49,8% dei casi e la conciliazione delle esigenze familiari con quelle dell'assistito nel 36,2% dei casi. In media, il 16,4% della popolazione con più di 15 anni si occupa di assistere chi ne ha bisogno. Di questi, il 14% lo fa soprattutto nei confronti dei propri familiari. Si stima che i caregiver familiari siano soprattutto donne (57%) e abbiano un'età compresa tra i 45 e i 64 anni. Non è trascurabile il numero di caregiver con più di 65 anni che offrono assistenza (Istat, 2017). In genere, la condizione nella quale si ritrovano non è delle più favorevoli in quanto, oltre a diventare a loro volta più fragili, si trovano a gestire gli impegni derivanti sia dai loro genitori che dai loro nipoti (Barsanti et al., 2020).

SESSO CLASSI DI ETÀ	Fornisce assistenza	Fornisce assistenza prevalen- temente a familiari	Numero ore settimanali			Non indicato
			Meno di 10 ore a settimana	Almeno 10 ore, ma meno di 20 ore a settimana	20 ore o più a settimana	
MASCHI						
<b>Totale</b>	<b>3.592</b>	<b>3.143</b>	<b>2.163</b>	<b>652</b>	<b>711</b>	<b>65</b>
FEMMINE						
<b>Totale</b>	<b>4.963</b>	<b>4.150</b>	<b>2.406</b>	<b>1.041</b>	<b>1.435</b>	<b>81</b>
MASCHI E FEMMINE						
15-24	427	391	302	67	45	14
25-34	662	532	404	117	127	14
35-44	1.316	1.124	792	288	222	14
45-54	2.404	2.120	1.316	514	561	13
55-64	2.048	1.764	1.030	441	545	32
65-74	1.102	890	529	175	360	37
75 e più	597	472	197	91	287	22
65 e più	1.699	1.362	726	266	647	59
<b>Totale</b>	<b>8.555</b>	<b>7.293</b>	<b>4.569</b>	<b>1.693</b>	<b>2.146</b>	<b>147</b>

(a) Persone con problemi dovuti all'invecchiamento, patologie croniche o infermità. Popolazione italiana 2015 con più di 15 anni: 52.383.692.

*Figura 6 Persone di 15 anni e più che forniscono cure o assistenza almeno una volta a settimana per tipo di destinatario, numero di ore settimanali, sesso e classe di età (Barsanti et al., 2020, p.121)*

Secondo dati più recenti (Agenas, 2021) è stato calcolato che il numero complessivo di ore di assistenza prestato dai caregiver sia di venti milioni di ore al giorno, corrispondenti a oltre sette miliardi di ore di assistenza all'anno. Tali dati sottolineano la valenza sociale ed economica di tale figura e vengono confermati da un recente studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2022) che evidenzia come circa l'80% delle cure in tutti i Paesi UE siano fornite da coniugi, parenti, amici e che il valore economico di questa attività rappresenti fra il 50% e il 90% del costo complessivo dei servizi di assistenza formale a lungo termine. Spesso si diventa caregiver per caso e necessità, per "designazione" familiare, oppure perché volontariamente si assume l'impegno di assistere il parente trovandosi così a dover provvedere sia ai bisogni primari e pratici (alimentazione, igiene personale, ecc.), sia alla cura della persona di carattere sanitario-assistenziale, senza avere un'informazione esauriente sulle problematiche di cui soffre la persona assistita, sulle cure necessarie, sui criteri di accesso alle prestazioni sociali e sanitarie (Agenas, 2020). Nel

panorama sociale di oggi non sono molti gli interventi che si facciano carico dei bisogni complessi dei caregiver e dei loro familiari per cui occorrono strutture e meccanismi che supportino la figura del caregiver su vari piani: pratico, tecnico, emotivo, psicologico (Agenas, 2020). In questo contesto, Agenas (2020) ha istituito un gruppo di lavoro per la valorizzazione del ruolo del caregiver familiare che si inserisce nei diversi percorsi di presa in carico delle persone con bisogni socio-sanitari complessi ed è direttamente collegato alle azioni in tema di *empowerment* del singolo paziente e della comunità.

Nella rilevazione Censis (2022), emerge in primo luogo la necessità di affrontare, attraverso un supporto esterno, uno degli aspetti più delicati dell'assistenza come lo stress legato all'impegno costante nei confronti di un proprio familiare: il 53,4% del campione considera prioritario alleviare la fatica del caregiver attraverso l'intervento di personale esterno alla famiglia.

<i>Strumenti</i>	%
Sostituzione parziale e/o integrazione con personale esterno alla famiglia per contenere lo stress fisico e psicologico	53,4
Riconoscimento di una qualche forma di reddito a fronte di un impegno effettivo e formalmente assicurato al familiare	25,5
La possibilità, rispetto ad oggi, di poter lavorare da casa (lavoro agile, smart working, ecc.)	9,0
Riconoscimento di un'assicurazione contro gli infortuni domestici e di contributi figurativi ai fini di una pensione	6,7
Percorsi di formazione per migliorare o adeguare l'appropriatezza dell'assistenza al familiare	5,4
Totale	100,0

*Figura 7 Gli strumenti da adottare a favore dei familiari che si prendono cura di anziani o non autosufficienti presenti in casa (Censis, 2022, p. 12)*

Ci sono prove crescenti che l'inclusione del coinvolgimento dei caregiver e della famiglia nella pianificazione sanitaria, noto anche come processo decisionale condiviso, può ridurre al minimo gli eventi avversi e le complicanze. Inoltre, i caregiver preferiscono i supporti assistenziali atti a prevenire rispetto ai supporti in reazione alle complicanze acute per ridurre al minimo il burnout e altri esiti dannosi per la salute (Frakking et al., 2020). Axelsson e

Axelsson (2006) sottolineano l'importanza di vedere oltre i propri interessi; troppo spesso infatti i bisogni dell'intera famiglia vengono dimenticati nella ricerca delle priorità professionali.

Maggiormente rispondente ai bisogni di lungo assistenza, anche se meno qualificato, è il mercato degli assistenti familiari (Barsanti et al., 2020). Secondo la classificazione Istat (2011) l'assistente familiare è:

*“Un operatore di sostegno alla famiglia e alla persona, in grado di assistere nelle attività della vita quotidiana persone anziane fragili, persone con disabilità o prive di autonomia. Il suo ruolo consiste nel facilitare o sostituirsi nelle attività di pulizia e igiene della casa, pulizia e igiene della persona, preparazione e somministrazione dei pasti, sorveglianza e compagnia. L'assistente familiare fa parte della rete assistenziale del paziente.” (ISTAT, 2011)*

Secondo l'Inps le persone regolarmente occupate come assistenti familiari in Italia erano 407.000 alla fine del 2019, di cui il 92% donne e per tre quarti straniere. Se consideriamo che gli anziani con limitazioni funzionali che vivono a casa propria sono stimabili secondo Istat in 2,6 milioni (Istat, 2014), risulta che in Italia più di un anziano su tre con problemi di autosufficienza (di vario livello) si avvale di un'assistente familiare. È importante sottolineare che, sebbene siano previsti contratti specifici per l'assunzione regolare degli assistenti familiari e corsi di formazione specifici, per la maggior parte delle situazioni non sono presenti tali requisiti. In conclusione, la mancata realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria si può ricondurre alla difficile composizione delle competenze socio-assistenziali con quelle sanitarie per la mancanza di strumenti istituzionali, organizzativi e operativi che diano attuazione all'integrazione socio-sanitaria. Inoltre, il fatto di aver affidato la gestione a soggetti terzi, o di non avere sotto controllo alcuni rami dell'assistenza, ha frammentato e reso ancora più problematico il coordinamento degli interventi. Sarebbe quindi necessario costruire una partnership con le persone assistite e la famiglia nel processo di assistenza domiciliare che deve tradursi in promozione dell'empowerment dell'interessato e dei suoi caregiver, coinvolgendoli in tutte le fasi del percorso (Barsanti et al., 2020).

## 2 CAPITOLO II – INFERMIERE DI FAMIGLIA

L'esperienza degli ultimi anni, in particolare la pandemia da Covid-19, ha evidenziato che la salute è un bene comune globale, il benessere e la vita dei cittadini, la prosperità e la stabilità delle società e delle economie, e lo sviluppo sostenibile, dipendono dall'affrontare la salute da questa prospettiva. La salute globale è un pilastro essenziale e in virtù dei cambiamenti globali che incidono sui bisogni della popolazione è necessaria una solida strategia sanitaria globale per fornire una politica nuova, coerente, efficace e mirata a livello mondiale. L'infermiere di Famiglia si identifica come la risposta a tutti quei bisogni che sono rimasti fino ad ora inascoltati o che si sono frammentati tra i vari professionisti senza fornire una risposta unitaria, efficace e a misura del bisogno della persona e della sua famiglia. Secondo le indagini di Censis (2022) per il 61% degli italiani nei prossimi anni il Servizio Sanitario migliorerà anche grazie alle lezioni apprese durante la pandemia, di cui il 45,3% pensa che il miglioramento passerà attraverso l'attivazione o il potenziamento dei servizi sul territorio, anche attraverso gli Infermieri di Famiglia e le Case della Comunità. Dove l'Infermiere di Famiglia e Comunità è già attivo si registrano ottimi risultati: ad esempio in Friuli-Venezia Giulia, dove lo è dal 2004, o in Toscana, in alcune Asl del Lazio e in altre Regioni dove la sua attivazione ha già preso piede, è migliorata l'appropriatezza di chi si rivolge al servizio di Pronto Soccorso (in un triennio il Friuli Venezia Giulia ha ridotto i codici bianchi di circa il 20%). L'utilizzo di vari aspetti del *Patient Family Centred Care* (PFCC) ha portato a una migliore economia sanitaria, a un uso più efficiente dei servizi sanitari e a una migliore qualità dell'assistenza sanitaria, delle relazioni e delle esperienze dei consumatori e del personale (Aceti et al., 2021).

### 2.1 CONTESTO DI SVILUPPO

Molti sono i modelli assistenziali legati soprattutto alla condizione di malattia che si sono sviluppati nel tempo. In origine l'attenzione si è concentrata su interventi di *Disease Management* delle malattie croniche, ovvero programmi mirati alla gestione unitaria e multidisciplinare di determinate patologie (ad esempio BPCO, diabete, scompenso cardiaco) che presentavano queste caratteristiche (Vendruscolo et al., 2020):

- si basavano sullo strumento del PDTA (Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali);
- erano guidati da una logica di continuità delle cure e di coinvolgimento del paziente.

Progressivamente l'approccio basato sulla gestione della singola patologia cronica è evoluto verso modelli di *Integrated Care*, che considerano il paziente nella sua globalità, in modo da tener conto della sempre maggiore necessità di gestire persone che presentano più di una condizione cronica (Jongudomkarn e Macduff, 2014). È stato poi teorizzato un modello calato sulla cronicità, il *Chronic Care Model* definito come "l'assistenza sanitaria dedicata ai bisogni delle persone con malattie preesistenti o di lungo termine" (OMS, 2015). I capisaldi di tale approccio sono:

- il superamento della frammentarietà degli interventi tra i diversi professionisti e i diversi setting assistenziali;
- l'esigenza di politiche intersettoriali che prevedano il coinvolgimento della comunità;
- la necessità di risposte "proattive" e di responsabilizzazione del paziente;
- la centralità dei processi di progettazione e pianificazione dell'assistenza;
- la necessità di monitorare nel tempo gli interventi (follow-up) e di misurare i risultati assistenziali (Montoro-Gurich e Garcia-Vivar, 2019).

Tale concetto non va confuso con quello di *Long-Term Care* (LTC) che, invece, secondo le più autorevoli definizioni internazionali (come quella dell'OCSE, 2019), fa riferimento a:

*“Un insieme di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali forniti a persone in una condizione di dipendenza di lungo periodo con molteplici scopi, i cui principali sono:*

- *ridurre o gestire il deterioramento dello stato di salute e alleviare il dolore;*
- *sostenerli nelle attività di base della vita quotidiana (le funzioni ADL);*
- *promuovere la possibilità di vivere in modo indipendente (le funzioni IADL)”*.

Ulteriori frontiere evolutive sono rappresentate dai modelli di *Population Health Management*, strumenti che, a partire dalle evidenze disponibili sui consumi delle diverse tipologie di pazienti e sulla loro condizione epidemiologica, consentono una stratificazione della popolazione in livelli omogenei di rischio (es. piramidi di rischio). In base poi ad algoritmi predittivi, si dovrebbero riuscire a quantificare il fabbisogno di assistenza di

ciascun gruppo e quindi costruire, sulla base di questi risultati, strategie assistenziali diversificate per ciascun livello di stratificazione (Mendes et al., 2021).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2017) ha poi introdotto la filosofia più generale del *People-Centred Health Care* che si configura come assistenza sanitaria radicata in valori e principi universalmente riconosciuti e sanciti dal diritto internazionale come i diritti umani e la dignità, la non discriminazione, la partecipazione e l'emancipazione, l'accesso e l'equità. Mira ad ottenere risultati migliori per individui, famiglie, comunità, operatori sanitari, organizzazioni sanitarie e sistemi sanitari promuovendo:

- Cultura della cura e comunicazione: gli utenti dell'assistenza sanitaria sono informati e coinvolti nel processo decisionale; gli operatori rispettano la loro privacy e la loro dignità e rispondono ai loro bisogni in modo olistico;
- Servizi e istituzioni responsabili: fornire assistenza sanitaria in modo accessibile, sicuro, etico, efficace e basato sull'evidenza;
- Ambienti sanitari: mettere in atto politiche e interventi appropriati con il coinvolgimento delle parti interessate nella pianificazione dei servizi sanitari, nello sviluppo delle politiche e nel feedback per il miglioramento della qualità.

Per quanto riguarda l'assistenza che dovrebbe essere offerta dall'Infermiere di Famiglia la teoria di riferimento è quella del *Patient Family Centred Care* (PFCC) intesa come approccio alla pianificazione, erogazione e valutazione dell'assistenza sanitaria basato su partnership reciprocamente vantaggiose tra operatori sanitari, pazienti e famiglie. Ridefinisce le relazioni nell'assistenza sanitaria ponendo l'accento sulla collaborazione con persone di tutte le età, a tutti i livelli di assistenza e in tutti i contesti sanitari. Nel PFCC, i pazienti e le famiglie definiscono la loro famiglia e determinano come parteciperanno all'assistenza e al processo decisionale. Questa prospettiva si basa sul riconoscimento che i pazienti e le famiglie sono alleati essenziali per la qualità e la sicurezza, non solo nelle interazioni dirette, ma anche nel miglioramento della qualità, nelle iniziative di sicurezza, nella formazione degli operatori sanitari, nella ricerca, nella progettazione di strutture e nello sviluppo di politiche. L'assistenza incentrata sul paziente e sulla famiglia porta a migliori risultati sanitari, una migliore esperienza di cura del paziente e della famiglia, una migliore

soddisfazione del medico e del personale e una più saggia allocazione delle risorse (Frakking et al., 2020).

Infine, i nuovi approcci raccomandano che, per perseguire il concetto di “salute/benessere globale della persona” (*Holistic care*), le politiche tengano conto dei bisogni multidimensionali dei soggetti (psicologici, sociali, ambientali) e non solo di quelli sanitari, in considerazione della molteplicità di determinanti che incidono sulla salute. Lo scopo dell’assistenza non è tanto la *restitutio ad integrum*, ma il miglioramento della qualità di vita (OMS, 2015).

## 2.2 IL SISTEMA FAMIGLIA

Nel contesto sanitario, la famiglia assume un ruolo importante in quanto l'esperienza di salute e di malattia viene vissuta trasversalmente tra tutti i suoi componenti.

La sesta World Values Survey (WVS, 2016), una macro indagine mondiale che riporta i dati di 61 paesi sul cambiamento dei valori nell’ambito familiare e sul loro impatto sulla vita sociale, ha evidenziato come il 91,9% degli intervistati abbiano definito la famiglia “molto importante”.

La famiglia è ritenuta rilevante da tutti i paesi, anche con sistemi politici ed economici e tradizioni storico-religiose differenti. In altre parole, l'importanza della famiglia è definita come un fatto sociale e un'istituzione chiave nello sviluppo della vita delle persone.

Tuttavia, il tipo di legame che intercorre tra i membri di una stessa famiglia e di famiglie diverse varia notevolmente da un paese all'altro; i sociologi parlano di famiglie con forti legami e di famiglie i cui legami sono deboli (Alesina & Giuliano, 2013). Nelle società con “famiglie forti”, l’autosufficienza domestica è maggiore in quanto le famiglie sono più numerose; la partecipazione alla forza lavoro di donne e giovani e la mobilità geografica sono inferiori rispetto alle società con famiglie deboli. Le società con famiglie forti danno la priorità al gruppo rispetto all'individuo e all'autorità gerarchica sulla libertà individuale; nelle società a “famiglie deboli”, i valori sono opposti. I sistemi caratterizzati da famiglie forti sono caratteristici dei paesi mediterranei, tra cui Spagna, Italia, Portogallo, Grecia, mentre i sistemi caratterizzati da famiglie deboli sono comuni tra i paesi dell'Europa Nord-Occidentali come Svezia, Norvegia, Isole Britanniche, Paesi Bassi e Germania (Montoro-Gurich e Garcia-Vivar, 2019).

In particolare, gli indicatori sono focalizzati sulla transizione verso la vita adulta (o emancipazione giovanile) e sul sostegno all'assistenza agli anziani. Per quanto riguarda il sostegno agli anziani, prima che nascessero i moderni sistemi pensionistici, la famiglia era il principale garante del benessere. Tuttavia, il ruolo della famiglia era molto più importante nelle famiglie forti che nelle famiglie deboli. In queste società di famiglie forti, le persone anziane vivevano con uno dei propri figli o con più di uno a turno, o vicino alla loro abitazione, mentre nelle società con famiglie di tipo debole, era la comunità come gruppo, e non i loro figli, che si prendevano cura di anziani fragili e/o non-autosufficienti. Nelle società con famiglie deboli, la componente civile è chiara e le persone preferiscono dipendere dall'azione pubblica piuttosto che dall'ambiente familiare per il proprio benessere (Lucifora & Meurs, 2015). In questi paesi l'iniziativa individuale è importante e lo sviluppo dei sistemi di protezione sociale è stato anticipato. In questo modello, la famiglia gioca un ruolo marginale. Nelle società a famiglia forte c'è maggiore fiducia nella solidarietà della propria famiglia come fornitore di beni e servizi; la coesione sociale è importante tanto che, secondo Esping-Andersen (1999), i rischi sociali vengono interiorizzati nelle famiglie mettendo in comune le risorse da una generazione all'altra. Il modello conservatore è definito dal ruolo della famiglia che è la centrale fornitrice del welfare, mentre lo Stato interviene in modo sussidiario e marginale.

Una caratteristica dei Paesi Mediterranei è un'elevata percentuale di famiglie in cui le generazioni più anziane vivono con figli adulti. Il 50% (Spagna e Italia) degli anziani vive con uno dei propri figli. L'alto costo delle abitazioni, la limitata assistenza finanziaria da parte dello Stato, e la scarsa fornitura di servizi pubblici, sono tra le ragioni di questa *co-residence*, oltre a rispondere a un valore sociale che sostiene questa idea. Come per la vicinanza geografica tra i membri di una famiglia, il mantenimento di contatti regolari è necessario per il sostegno reciproco. Quanto più frequente è il contatto, tanto maggiore è il supporto fornito come forma di relazione sociale; è anche più facile ricevere o dare supporto e, inoltre, identificare il tipo di supporto necessario. I risultati di alcuni studi (Martin et al., 2013) riflettono che i Paesi Mediterranei, ad esempio Spagna, Italia e Grecia, presentano un elevato livello di contatto tra i membri della famiglia, superiore rispetto ad altri paesi europei. Oltre l'85% dei genitori ha contatti settimanali con almeno uno dei propri figli in tutti i paesi considerati (Paesi Bassi, Svezia, Danimarca, Belgio, Germania, Francia, Austria, Svizzera, Italia, Spagna e Grecia) (Martin et al., 2013).

Nel tempo i vari sistemi sanitari hanno organizzato la propria rete di supporto territoriale a seconda del tipo di famiglia caratterizzante il Paese. In realtà, mentre queste differenze nei modelli di società intergenerazionale tendono a essere descritte seguendo un divario ben preciso, essi risultano essere una semplificazione della realtà. In ogni paese, infatti, esiste un'ampia varietà di sistemi familiari e di forme di sviluppo della solidarietà. Inoltre, le implicazioni sociali ed economiche del sistema familiare prevalente in un Paese sono numerose; ne sono un esempio, il tipo di welfare o il tipo di sistema pensionistico.

Dal punto di vista della popolazione europea, il processo di modernizzazione ha implicato il passaggio da tassi di mortalità e natalità alti a bassi, costituendo di fatto la "Prima transizione demografica". Oggi le società occidentali sono caratterizzate dalla longevità e da una bassa fertilità. Ciò si traduce in paesi che invecchiano, con un'alta percentuale di adulti, soprattutto di persone anziane e molto anziane (80+), e con prospettive definite di crescita in questo senso (Montoro-Gurich e Garcia-Vivar, 2019).

Dagli anni Sessanta, le società stanno affrontando una serie di cambiamenti che hanno influenzato radicalmente la creazione e la disgregazione delle famiglie. Questi cambiamenti, che hanno costituito la "Seconda transizione demografica", comprendono la riduzione del numero dei matrimoni, l'aumento dei divorzi e delle separazioni, della convivenza e delle altre unioni coniugali, la diffusione delle famiglie miste e delle famiglie monoparentali.

Inoltre, l'economia ha accentuato sfide sociali come alti livelli di povertà o di esclusione tra alcuni tipi di famiglie, ad esempio quelle monoparentali o con disoccupazioni di lungo periodo (Purbhoo & Wojtak, 2018).

Gli atteggiamenti che le persone hanno nei confronti della famiglia, il modo in cui comprendono e vivono la vita familiare e l'influenza che la famiglia ha sulla vita delle persone hanno un'impronta duratura nel modo in cui le persone affrontano gli stati di malattia e di salute. Prendersi cura dei fragili, dei pazienti cronici, e degli anziani è rientrato a far parte dei valori trasmessi nelle famiglie europee. È molto alta la percentuale di persone che ritiene che sia loro responsabilità garantire il benessere dei propri figli o dei propri genitori anche a scapito dei propri (Jarosz et al., 2013).

A questo proposito, un rapporto congiunto europeo sull'assistenza sanitaria e sui sistemi di assistenza a lungo termine e sulla sostenibilità fiscale (European Union, 2016) ha affrontato le sfide relative all'assistenza sanitaria e all'assistenza a lungo termine e le opportunità

politiche per migliorare la sostenibilità dei sistemi sanitari in Europa. Nonostante le diverse iniziative per garantire a tutti un accesso sostenibile a servizi di buona qualità, i sistemi di protezione sociale europei hanno forme molto diverse di assistenza a lungo termine e vi è una profonda variazione nell'uso delle cure. È stato inoltre affermato che solo in alcuni casi vi è una copertura significativa dei servizi nel territorio a condizioni accessibili, ma frequentemente non è sufficiente per rispondere alla domanda della popolazione (Montoro-Gurich & Garcia-Vivar, 2019).

Pertanto, riorientare i sistemi sanitari pensando alla famiglia è una strategia inestimabile per supportare le famiglie stesse ad affrontare la responsabilità presente e futura di prendersi cura dei propri membri (Duhamel, 2017). Affinché la popolazione goda di buona salute e benessere, come individui e famiglie, devono beneficiare di servizi sanitari e sociali di alta qualità che promuovano e sostengano la solidarietà intergenerazionale e la cura del sistema famiglia.

### 2.3 MODELLI INTERNAZIONALI

Fin dall'inizio degli obiettivi stabili dall'Organizzazione Mondiale della Sanità attraverso la politica *Health 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'Infermiere di Famiglia è stata particolarmente precoce, risalendo agli anni Sessanta; la figura si identifica nel Nurse Practitioner (NPs), ovvero in un infermiere professionale 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. La sua formazione è composta dal conseguimento della laurea di primo livello in scienze infermieristiche e di un master di specializzazione che si concentra sui temi legati a: *adulte acute care, college and community health, family health, gerontology*, ecc. Nel loro quadro delle competenze, come definito nel *Code of Ethics for Nurses with Interpretative Statements*, figurano il saper diagnosticare e trattare problemi acuti e cronici comuni, interpretare risultati di laboratorio, 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 Demain* (National Organization of Nurse Practitioners Faculties NONPF, <https://www.aanp.org>).

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, <https://internationalapn.org/2022/06/19/united-kingdom/>).

In Thailandia la famiglia è tradizionalmente al centro della cultura e della comunità e l'educazione infermieristica familiare è formalmente in atto dal 1987, quando la Facoltà di Infermieristica dell'Università di Khon Kaen ha offerto il *Master of Nursing Science Program in Family Nursing*. Influenzato inizialmente dai modelli nordamericani, il quadro formativo ha enfatizzato la famiglia come unità di cura per la promozione della salute e la gestione delle cronicità e fragilità. In anni più recenti il curriculum è stato influenzato dal più generico concetto di Infermiere di Famiglia europeo derivante dalle dichiarazioni dell'OMS, con il suo focus sull'assistenza primaria.

L'infermiere di famiglia:

*“Aiuta gli individui e le famiglie a far fronte a malattie e disabilità croniche, o durante i periodi di stress, trascorrendo gran parte del suo tempo lavorando nella casa dei pazienti e con le loro famiglie. Tali infermieri danno consigli sullo stile di vita e sui fattori di rischio comportamentali, oltre ad assistere le famiglie in questioni riguardanti la salute. Attraverso un rilevamento tempestivo, possono garantire che i problemi di salute delle famiglie siano trattati in una fase precoce.”* (Jongudomkarn e Macduff, 2014)

Inoltre, il Master include scale di valutazione della famiglia per valutarne la struttura e la funzione, i ruoli, lo sviluppo, le risorse, il meccanismo di coping, per identificare le debolezze e i punti di forza.

Oltre all'educazione familiare, sono state descritte alcune categorie principali di interventi: consulenze familiari, supporto psicologico, supporto professionale, ridefinizione dei ruoli, coinvolgimento della famiglia nelle decisioni sulla salute, e gruppi di supporto (Jongudomkarn e Macduff, 2014).

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.

L'FHS è stata integrata nella politica nazionale di assistenza primaria come unità sanitaria centrale e si è espansa a livello nazionale, raggiungendo il 62,6% della popolazione nel 2019 (Mendes et al., 2021).

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.

Il cambiamento nel comportamento degli utenti verso la possibilità di esercitare la propria autonomia e la propria responsabilizzazione permette loro di passare da una categoria di meri destinatari, a diventare protagonisti attivi nelle decisioni sulla propria salute.

Sono stati individuati i seguenti elementi costitutivi: scambio di conoscenze, educazione sanitaria, formazione di gruppo, visite domiciliari e consulenze infermieristiche.

In questo senso, la comunicazione è percepita come un importante strumento delle professioni infermieristiche, con l'obiettivo di indirizzare i molteplici attori della FHS verso il miglior percorso in relazione alle possibilità di assistenza sanitaria individuale e familiare.

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).

In Spagna l'infermieristica di Comunità e di Famiglia 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. I luoghi in cui esplica la sua attività sono il domicilio del paziente e l'ambulatorio infermieristico ma a differenza dei modelli statunitense e inglese si occupa di pazienti allettati, terminali o dopo la dimissione ospedaliera (Asociacion de Enfermeria Comunitaria, <https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/>).

#### 2.4 IL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA E I BISOGNI DELLA POPOLAZIONE

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 D.P.C.M. 14 gennaio 2001, "si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia" erogate dai Comuni. A oggi il processo di fornitura del servizio è sufficientemente definito nelle sue fasi principali ma, a livello regionale, esistono modelli attuativi molto differenziati.

L'attivazione del servizio avviene attraverso la segnalazione al Punto Unico di Accesso (PUA) del paziente che necessita di ADI, da parte dei Medici di Medicina Generale o 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 si programma, se ritenuta necessaria, la valutazione multidimensionale che è affidata a un'équipe pluriprofessionale (UVMD). L'équipe elabora il Piano Assistenziale Individuale (PAI) che definisce finalità e obiettivi assistenziali per ogni area di bisogno e precisa le 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).

Se la casa è il luogo di elezione per le cure delle persone è importante verificare se e quanto l'Assistenza Domiciliare Integrata risponda effettivamente ai bisogni della popolazione nel territorio.

Le prestazioni dell'ADI sono stabilite nel documento della "Commissione nazionale 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 Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); risultano garantite universalmente quelle essenziali, a bassa intensità, meno garantiti il supporto educativo e psicologico all'assistito e alla sua famiglia. Le prestazioni sono quindi a bassa intensità e vengono garantite solo nelle ore diurne dei giorni feriali. Molto raramente è prevista una reperibilità degli operatori nelle 24 ore e, ancor meno spesso, un numero di riferimento per le chiamate d'emergenza.

È necessario sottolineare che attualmente resta una tipologia di assistenza dedicata soprattutto a determinate tipologie di assistiti e comunque con differenze e ore di assistenza al ribasso negli anni. Tra il 2010 e il 2018, il numero di persone trattate in Assistenza Domiciliare Integrata è aumentato, ma si sono ridotte le ore destinate a ciascun caso. Il bisogno di assistenza domiciliare stimato è almeno il doppio se non il triplo dell'attuale offerta. Nel 2018 il 43% delle attivazioni di cure domiciliari ha riguardato attività di tipo prestazionale (livello base). Rispetto alle cure domiciliari integrate, circa il 39% delle prese in carico si colloca nel primo livello, caratterizzato da un'intensità bassa e il 36% nel secondo livello dei Coefficienti di intensità assistenziale (CIA). Le prestazioni erogate in prevalenza sono quelle di assistenza infermieristica, seguite da quelle riabilitative. Risulta molto carente l'integrazione e la continuità assistenziale tra i diversi setting assistenziali; questo rende l'assistenza domiciliare un intervento isolato dagli altri, diminuendone l'efficacia (Barsanti et al., 2020).

La raccolta dati dei servizi ADI ha inoltre da sempre evidenziato carenze e incongruenze. Dal 2008 è stato istituito il flusso del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza domiciliare (SIAD), alimentato a partire dal gennaio 2009, i cui dati sono stati poi ricodificati nel 2016 sulla base del codice assistito univoco (Decreto del Ministero della Salute n.262/2016). Il fatto inoltre che le Regioni utilizzino strumenti valutativi

disomogenei rende difficile un'azione di benchmarking efficace che permetta di definire standard di assistenza omogenei a parità di complessità assistenziale e validare gli outcome e output assistenziali più efficaci e meno costosi. L'ADI quindi 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 insufficiente. È infine coordinato da una governance pubblica frammentaria che fatica a integrare policy e risorse (Barsanti et al., 2020).

In uno studio effettuato in Brasile (Silva et al., 2020), gli stessi infermieri di assistenza domiciliare hanno affermato l'importanza di lavorare sulla prevenzione delle malattie e sulla promozione della salute a livello familiare. Inoltre, affermano la necessità di implementare l'accesso e le visite domiciliari per ampliare le azioni di intervento sanitario. Nello stesso studio, è emerso che gli infermieri stabiliscono una relazione orizzontale con gli utenti attraverso l'accoglienza, il dialogo e la partnership con gli individui e la loro famiglia. Tuttavia, sebbene il servizio consideri anche i familiari all'interno del piano assistenziale, l'enfasi della cura è rivolta al modello biomedico e a procedure come la pressione sanguigna, la glicemia, le medicazioni e la dispensazione dei farmaci, rendendo impossibile la comprensione degli aspetti socio-culturali, politici ed economici inerenti alla famiglia.

La conoscenza dei principi della promozione della salute deve quindi essere interconnessa con la pratica. È necessario analizzare il territorio, le condizioni e la gestione delle situazioni avverse. La mancanza di consapevolezza della popolazione sulla salute preventiva si riflette nell'inefficace funzionamento del servizio (Albano et al., 2022).

## 2.5 DEFINIZIONE DEL PROFILO PROFESSIONALE

Sebbene in Europa vi siano differenze nel modo di intendere l'assistenza sanitaria di base, allo stesso tempo è comunemente riconosciuto che in quest'area i servizi medici e infermieristici basati su specialità ristrette non rappresentano una soluzione adeguata (Jarosz e Wloszczak-Szubbda, 2013).

Nonostante alcuni progetti comuni, è chiaro che esistono sia somiglianze che differenze nel modo in cui i servizi sanitari dei vari paesi erogano l'assistenza infermieristica alle famiglie. Questo è il risultato di una serie di fattori, tra cui la popolazione, la struttura organizzativa del servizio sanitario e la disponibilità di risorse e personale sanitario (Figueira et al., 2018). Allo stesso tempo, si è verificato un notevole sviluppo nel concetto di questa nuova figura ma ogni Paese l'ha denominato con una propria definizione, come ad esempio: Infermiere ambientale, Infermiere Primary Health Care, Infermiere Distrettuale, ecc. Sebbene tutti i paesi abbiano profili demografici mutevoli, hanno anche problemi di salute pubblica simili, tra cui l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle condizioni di salute a lungo termine.

La letteratura recente ha dimostrato che gli Infermieri di Famiglia utilizzano le loro abilità e competenze avanzate nella promozione della salute, concentrandosi sulla prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Per garantire un più alto livello di intervento professionale nella promozione della salute, gli infermieri devono collaborare e diventare un ponte strategico per collegare le competenze dei diversi operatori sanitari, guidandoli a rispondere ai bisogni sanitari dei pazienti e delle loro famiglie (Dellafiore et al., 2022).

K. Butrym (Jarosz e Włoszczak-Szubzda, 2013) analizza i compiti dell'infermiere di famiglia a partire dalla definizione di salute: dalla concezione della salute come assenza di malattia, alla salute percepita come vita indipendente e creativa, anche in presenza di malattia o disabilità, dove l'infermiere diventa consulente e assistente familiare. Secondo questo approccio, la famiglia diventa un'istituzione, parte dell'assistenza sanitaria e un'entità che svolge i propri compiti rispetto ai suoi membri.

Su questo sfondo sono nate differenti progetti a livello internazionale ed europeo nel tentativo di definire più precisamente il ruolo dell'infermiere di famiglia.

Il progetto, denominato "*Family Health Nursing in European Communities*" (FamNrsE) è stato finanziato nell'ambito del programma "*Life-Long Learning Programme, Education and Culture DG*" ed è stato preceduto da uno studio pilota di due anni (2001-2003) condotto in Scozia secondo le linee guida dell'OMS. I paesi che hanno partecipato sono stati Armenia, Austria, Germania, Italia, Polonia, Portogallo, Romania, Slovenia e Spagna. L'obiettivo principale del progetto è la costruzione di programmi comuni di istruzione universitaria che servano alla preparazione e all'attuazione in Europa dell'Infermiere di Famiglia. Gli obiettivi dettagliati del progetto sono:

1. Sviluppo della definizione di "*Family Health Nursing*" nei paesi che partecipano al fine di armonizzare le nuove competenze degli infermieri secondo gli standard educativi dei singoli paesi;
2. Sviluppo di moduli di istruzione (Master of Arts); implementazione e valutazione pilota;
3. Definizione comune di standard di istruzione e standard di preparazione degli infermieri di famiglia per svolgere l'occupazione;
4. Scambio internazionale di conoscenze ed esperienze riguardanti le competenze occupazionali e la portata delle attività degli infermieri di famiglia al fine di fornire un elevato livello di assistenza sanitaria;
5. Promozione e intensificazione della cooperazione basata sulla partnership tra livello manageriale e accademico.

Lo studio (Jarosz e Włoszczak-Szubzda, 2013) ha confermato che il potenziale del nuovo approccio alla pratica infermieristica orientato alla cura della salute dell'intera famiglia dovrebbe continuare a essere sviluppato e ha sottolineato la necessità di nuove ricerche.

Nel 2018 è nato il progetto europeo ENhANCE (*European Curriculum for Family and Community Nurse*) con l'obiettivo di costruire un curriculum europeo utile a implementare le competenze core previste per l'Infermiere di Famiglia e di Comunità. Il progetto comprende 13 partner, provenienti da 5 diversi paesi dell'Unione Europea (Italia, Belgio, Finlandia, Grecia, Portogallo, Germania) che includono soggetti erogatori di istruzione e formazione professionale nel settore infermieristico, organi competenti per la regolamentazione nella formazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, associazioni professionali e datori di lavoro pubblici e privati. Partendo dalle evidenze di ricerca esistenti e dai risultati dei progetti europei in corso, l'obiettivo è di definire un profilo professionale dell'Infermiere di Famiglia e Comunità. Esso si concentra sulla discrepanza tra le attuali competenze degli infermieri e le competenze effettivamente richieste sia dalle istituzioni pubbliche, sia da chi offre servizi privati per l'applicazione di modelli sanitari innovativi centrati sull'assistenza di base. Per il curriculum completo si veda l'Allegato 2. Le principali competenze legate all'infermiere che opera in ambito familiare si possono riassumere in:

1. Usare la migliore evidenza scientifica disponibile;
2. Documentare e valutare sistematicamente la propria pratica;
3. Pianificare, implementare e valutare l'assistenza infermieristica per soddisfare i bisogni degli individui, delle famiglie e della comunità nell'ambito delle loro competenze;
4. Identificare e valutare lo stato di salute e le esigenze di salute degli individui e delle famiglie nel contesto delle loro culture e comunità;
5. Fornire educazione e costruire una relazione terapeutica con i pazienti, gli assistenti e le loro famiglie;
6. Collaborare con il team multidisciplinare per prevenire le malattie e promuovere e mantenere la salute;
7. Applicare strategie educative per promuovere la salute e la sicurezza degli individui e delle famiglie;
8. Coinvolgere individui e famiglie nelle decisioni riguardanti la propria salute e benessere;
9. Monitorare e fornire assistenza a lungo termine alle persone affette da malattie croniche e rare nella comunità in collaborazione con altri membri del team multidisciplinare;
10. Possedere competenze comunicative basate su evidenze in relazione al contesto specifico;
11. Promuovere la salute negli individui, nelle famiglie e nelle comunità;
12. Prendere decisioni basate su standard etici professionali;
13. Mantenere relazioni professionali e interprofessionali e supportare i colleghi per garantire il rispetto degli standard professionali;
14. Capacità di negoziare l'assistenza sanitaria con i pazienti e le loro famiglie, con il team multidisciplinare e i servizi sanitari;
15. Valutare il contesto sociale, culturale ed economico in cui vive il paziente;
16. Essere responsabili per i risultati dell'assistenza infermieristica negli individui, nelle famiglie e nella comunità;
17. Sviluppare la leadership infermieristica e le capacità decisionali per garantire l'efficacia e l'adeguatezza clinica e sanitaria;
18. Alleviare la sofferenza del paziente;

19. Partecipare alla definizione delle priorità delle attività del team multidisciplinare per affrontare i problemi relativi alla salute e alla malattia;
20. Stabilire standard e valutare i risultati relativi alle attività infermieristiche nelle case delle persone e nella comunità;
21. Gestire il cambiamento e agire come agenti per il cambiamento per migliorare l'infermieristica familiare e comunitaria;
22. Promuovere leadership e sviluppo, attuare e valutare politiche per la famiglia e la comunità ai fini della promozione della salute;
23. Gestire la promozione della salute, l'educazione, il trattamento e il monitoraggio supportati dalle ICT (e-Health).

Nel contesto italiano la Federazione Nazionale Ordine Professioni Infermieristiche ha prodotto un Position Statement relativo alla nuova figura differenziandolo in modo dettagliato nella sua espressione tra contesti familiare e comunitario (FNOPI, 2020).

A livello individuale e familiare la sua azione viene descritta attraverso interventi diretti e indiretti che hanno come destinatari la persona, la sua famiglia e le sue persone di riferimento, favorendo la promozione e il mantenimento della salute della persona attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale. Le competenze avanzate che l'infermiere di Famiglia deve possedere per poter offrire assistenza a livello individuale e familiare sono:

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

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

### *2.5.1 Empowerment e partnership*

Lo sviluppo della partnership tra l'infermiere e la famiglia è centrale per il loro sostegno nel corso della vita. La partnership comincia a svilupparsi al primo contatto con la famiglia ed evolve man mano che cambia la relazione tra l'infermiere e le persone partecipano all'assistenza. Per sviluppare una buona partnership, l'Infermiere di Famiglia deve creare una relazione di fiducia caratterizzata da rispetto, comunicazione positiva ed aperta e ascolto attivo (Mallette et al., 2006). Inoltre, secondo Friedman (1992) e Hertzberg e Ekman (1996), è necessario incentivare l'empowerment del singolo e della famiglia, in quanto il trasferimento della responsabilità di cura di un membro della famiglia ad un professionista esterno, non allevia necessariamente le difficoltà ma la riduzione del disagio passa attraverso il coinvolgimento nell'atto di cura. Molte famiglie sono in grado di adattarsi e trovare strategie interne per superare le difficoltà; altre invece hanno bisogno di supporto. Secondo

Mallette et al., l'Infermiere di famiglia deve avere capacità di empowerment, ovvero di progettare interventi infermieristici in grado di ottimizzare il potere della famiglia di fronte alle situazioni di difficoltà, migliorando così la capacità dei membri di prendersi cura di se stessi. L'empowerment può essere visto come un processo (becoming empow-ered), un risultato (being empowered) o come un intervento (empow-ering others), anche se nella pratica infermieristica spesso è categorizzato come intervento (Hulme et al., 1999). In realtà esso è un concetto complesso che riguarda non solo gli individui ma anche le organizzazioni e la comunità, il cui scopo è il cambiamento delle condizioni non solo personali ma anche sociali che l'Infermiere di Famiglia deve saper gestire.

### 2.5.2 *Pensiero sistemico*

Vi è un consenso emergente sul fatto che un'assistenza infermieristica di qualità richieda la capacità di comprendere le interdipendenze di più componenti di un sistema e di mettere in relazione la salute individuale con il proprio ambiente e contesto. Secondo Arnold e Wade (2015), il pensiero sistemico è un insieme di abilità analitiche sinergiche utilizzate per migliorare la capacità di identificare e comprendere i sistemi, prevedendone i comportamenti ed escogitando modifiche per produrre gli effetti desiderati. Queste abilità lavorano insieme come un sistema, consentendo il collegamento tra teoria e pratica (Camelia et al., 2018).

Sulla base della tassonomia dell'apprendimento e dei componenti del pensiero sistemico di Bloom, Stave e Hopper (2007) hanno proposto una tassonomia del pensiero sistemico e indicatori di rendimento, applicati all'assistenza infermieristica familiare.

**Table I.** Levels of Systems Thinking in Family Nursing by Learning Domain, With Indicators.

Taxonomy of learning <sup>a</sup>	Level of systems thinking <sup>b,c</sup>	Indicators	Level of complexity
Cognitive domain			
A. Knowledge	Recognizing interconnections <sup>b</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifies members of the family</li> <li>- Recognizes that the family system is made up of members and subsystems</li> <li>- Identifies salient subsystems</li> </ul>	Simple  Complex
B. Comprehension	Understanding dynamic behavior <sup>b</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Describes patterns of interactions between family members</li> <li>- Understands the function of patterns, interactions, and feedback in families</li> <li>- Represents the family system in a narrative using systems concepts</li> </ul>	
C. Application and analysis	Using conceptual models <sup>b</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uses a conceptual model of the family system to suggest potential family nursing actions that support positive change in the system</li> <li>- Discriminates between nursing actions at the individual, interpersonal, and family system levels</li> </ul>	
D. Synthesis and evaluation	Testing policies <sup>b</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifies leverage points in the family system for the focus of nursing actions</li> <li>- Hypothesizes the effect of changes in the family system on individual-, interpersonal-, and system-level outcomes</li> </ul>	
Affective domain			
E. Receiving and responding to phenomena	Awareness of mental models <sup>c</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acknowledges one's own beliefs about family, health, and illness</li> <li>- Elicits family beliefs about family, health, and illness</li> </ul>	
F. Valuing	Using mental models <sup>c</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respects differences in beliefs about family and family health</li> <li>- Values systems thinking in family nursing practice</li> </ul>	

<sup>a</sup>Adapted from Bloom (1956) and Krathwohl et al. (1973). <sup>b</sup>Adapted from Stave and Hopper (2007). <sup>c</sup>Adapted from Nguyen and Bosch (2012) and Maani and Cavana (2007).

*Figura 8 Levels of Systems Thinking in Family Nursing by Learning Domain, with indicators*

I modelli mentali riflettono anche le proprie convinzioni e valori, e a tal proposito Wright e Bell (2009) li hanno descritti come parte integrante della pratica infermieristica familiare. Il vero sviluppo del pensiero sistemico nell'assistenza infermieristica familiare richiede l'apprendimento sia cognitivo che affettivo per influenzare una profonda comprensione e considerazione del valore del pensiero sistemico. Per questo motivo, è probabile che l'attenzione allo sviluppo da parte degli studenti delle competenze di pensiero sistemico lungo il continuum dal semplice al complesso supporti la crescente competenza clinica nell'Infermieristica familiare.

Secondo Hung (2008), il pensiero sistemico non è un'abilità innata; infatti, è “una delle capacità di pensiero di ordine superiore più importanti nell'apprendimento avanzato, ma la più difficile da padroneggiare”. Lo sviluppo delle capacità di pensiero sistemico attraverso attività di apprendimento strutturato in un ambiente di apprendimento in classe attraverso simulazioni cliniche può preparare gli studenti a implementare più efficacemente il pensiero sistemico nella pratica relazionale con le famiglie (Looman, 2020).

### *2.5.3 Lavorare in equipe*

Come mostrato nel paragrafo 1.2., la presa in carico olistica della persona comporta inevitabilmente il coinvolgimento di team multidisciplinari. Il team, e non più il singolo professionista, diventa l'oggetto di attenzione e di analisi, a partire dalla suddivisione dei compiti e delle funzioni da esercitare per produrre assistenza di qualità per il paziente. Secondo Albano et al. (2022) nella dimensione del team multiprofessionale l'unità di misura fondamentale diventa la competenza e il modo in cui le competenze sono aggregate nel team (skill mix). La collaborazione del team offre una visione più ampia sui potenziali problemi con conseguente miglioramento dei risultati, viene ampliato il potenziale di ciascun professionista di generare azioni di advocacy sanitaria, producendo la garanzia di cure adeguate, lo scambio di informazioni tra i membri e la conoscenza clinica del team multiprofessionale. Lo scambio di informazioni amplia le conoscenze e le prospettive, favorendo nuove alternative che possono sfociare in azioni di difesa della salute. Un'adeguata individuazione delle situazioni che richiedono un'azione multiprofessionale e dei problemi di salute che richiedono intervento accresce le possibilità individuali di ciascuna professione.

### *2.5.4 Competenze digitali*

Se si prende in considerazione un contesto in via di rapida trasformazione e transizione digitale, emergono diversi fabbisogni di competenze nuove che non sono preordinate e pre-assegnate normativamente a specifici ruoli ma che non di meno richiedono di essere messe in pratica, anche eventualmente da nuovi ruoli ad oggi inesistenti o estranei al contesto sanitario, quali la bioinformatica clinica, le tecnologie digitali, l'analisi dei dati, ecc.

Il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica richiedono che gli operatori sanitari siano regolarmente aggiornati e formati per garantire l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza fornita dal SSN (Albano et al., 2020).

Gli studiosi e gli educatori dell'infermieristica nel contesto familiare hanno da tempo notato le sfide nell'aiutare studenti e infermieri a “pensare alla famiglia”. Secondo il Position Statement dell'*International Family Nursing Association* (IFNA, 2017) sulle competenze di pratica avanzata per l'infermieristica familiare, la salute del sistema familiare è il fenomeno centrale del *Family Nursing* e la pratica infermieristica familiare avanzata implica la promozione e il rafforzamento la salute della famiglia a livello relazionale e sistemico.

L'appropriato mix di competenze che deve possedere l'Infermiere di Famiglia con la formazione richiesta e l'apprendimento per essere competente è necessario per migliorare la salute della popolazione. Tuttavia, come ha osservato l'*Education of Health Professional for the 21st Century Commission*, "per avere un effetto positivo sui risultati sanitari, il sottosistema di istruzione professionale deve progettare nuove strategie educative e istituzionali”.

La formazione critico-riflessiva unita alla costruzione di un sapere teorico-pratico è essenziale per la formazione professionale dell'Infermiere di Famiglia, come agente di trasformazione sociale. La formazione professionale qualifica le azioni svolte nell'assistenza. Le università sono considerate alleate importanti nell'attuazione delle attività di promozione della salute, poiché docenti e studenti svolgono attività di insegnamento e divulgazione in questi servizi (Barsanti et al., 2020).

Un certo numero di autori ha descritto programmi educativi innovativi e di successo volti a colmare il divario teoria-pratica nell'assistenza infermieristica alla famiglia.

Il *Family Nursing – Assesment and Intervention Map* (FN-AIM) si basa sul lavoro di Friedemann (1989), Anderson e Tomlinson (1992) e Anderson (2000) che hanno descritto la base della pratica teorica e la metodologia per la pratica infermieristica familiare avanzata. Lo strumento è progettato per facilitare la comprensione e l'applicazione da parte degli studenti di un approccio infermieristico alla formulazione degli interventi infermieristici alla famiglia.

Il FN-AIM consente allo studente di mappare sistematicamente e concettualmente la formulazione degli interventi infermieristici familiari a livello individuale, interpersonale e del sistema famiglia basato sulla documentazione di problemi di salute, sottosistemi e processi familiari.

Secondo Friedemann (1989) infatti il sistema della pratica infermieristica familiare si articola su tre livelli: sistema individuale, interpersonale e familiare. Nell'assistenza

infermieristica familiare focalizzata individualmente, l'infermiere tratta ogni individuo, riconoscendo che egli sia parte di un più ampio sistema familiare e/o di sottosistemi familiari. Tutti i membri della famiglia sono coinvolti nella definizione di obiettivi reciproci con l'obiettivo del benessere personale di tutti i membri. Gli interventi a questo livello presuppongono un sistema familiare ben funzionante capace di supporto reciproco con interventi infermieristici focalizzati su stress, coping e sviluppo. L'assistenza familiare a livello interpersonale affronta i sottosistemi dei membri della famiglia che interagiscono tra loro in diadi, triadi e unità più grandi. Il cambiamento del sistema si ottiene attraverso il cambiamento interpersonale o relazionale. Gli infermieri senza formazione specifica possono esercitare a questo livello con famiglie ben funzionanti, mentre è richiesta un'istruzione avanzata quando la famiglia affronta sfide interpersonali. La pratica infermieristica a livello di sistema, infine, “è focalizzata sulla salute e sui punti di forza della famiglia, è olistica e implica la conoscenza delle complesse interazioni di una moltitudine di fattori familiari a tutti i livelli del sistema”.

Anderson e Tomlinson (1992) hanno descritto cinque “regni” fondamentali dell'esperienza familiare come base per gli interventi infermieristici incentrati sulla famiglia:

- interattivo (es. comunicazione, supporto);
- evolutivo (ad es. transizioni, compiti);
- coping (ad esempio, problem solving, adattamento);
- integrità (ad es. significati condivisi, valori);
- salute (ad esempio, convinzioni sulla salute della famiglia, pratiche di salute della famiglia).

L'FN-AIM è stato sperimentato come strumento educativo per supportare lo sviluppo delle abilità degli studenti come parte di un corso di teoria universitario sull'infermieristica familiare della durata di un semestre negli Stati Uniti. Per descrivere l'utilità dello strumento, gli studenti hanno completato un'autovalutazione delle competenze in sei domini della pratica infermieristica di famiglia avanzata all'inizio del semestre e alla fine del semestre. In generale, gli studenti hanno dimostrato una maggiore capacità di articolare la distinzione tra famiglia come contesto e famiglia come approccio di sistema all'assistenza infermieristica familiare dopo l'insegnamento di strategie che incorporano l'approccio FN-AIM. Le autovalutazioni post-formazione erano generalmente più alte in tutte le voci e la maggior

parte degli studenti valutava il proprio livello di abilità in principiante avanzato o esperto alla fine del semestre rispetto all'inizio (Looman, 2020).

Anche l'approccio del Family Health Nurse descritto dall'OMS (2000) ha progettato un curriculum sull'Infermiere di Famiglia che preparerà infermieri qualificati ed esperti per questo nuovo ruolo. Il curriculum pone l'accento sull'integrazione di teoria e pratica. Il contenuto è descritto in sette moduli. Le strategie di insegnamento, apprendimento e valutazione si basano sui principi andragogici della teoria dell'educazione degli adulti e utilizzano una varietà di metodi.

### **3 CAPITOLO III – OFFERTA FORMATIVA NAZIONALE E INTERNAZIONALE**

La formazione post-laurea, nella fattispecie dei Master universitari, è prevista dalla Legge n. 43 del 2 febbraio 2006 (art. 6, comma 1, lettera c) che prevede per le professioni sanitarie la possibilità di specializzarsi frequentando Master di 1° livello per le funzioni specialistiche rilasciati dalle Università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del Regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del Regolamento di cui al Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 22 ottobre 2004, n. 270.

Nella seduta dell'Osservatorio Nazionale per le professioni sanitarie del 17 dicembre 2018, sono stati approvati 96 master a completamento dell'applicazione della Legge 43 del 2006, che prevede la laurea triennale seguita da due tipologie di master di primo livello, uno per le funzioni di coordinamento e l'altro per le funzioni specialistiche.

L'elenco dei master approvati dall'Osservatorio Professioni sanitarie del MIUR, in accordo con le Regioni e con le Categorie è stato successivamente trasmesso dal Ministero della Salute alle Regioni il 13 marzo 2019 e dal MIUR ai Rettori il 1° aprile 2019.

I 96 Master sono organizzati in 3 raggruppamenti:

- Master trasversali (8 tipologie): rivolti a tutte o parte delle professioni sanitarie con contenuti prevalentemente organizzativo-gestionali, didattici e di ricerca;
- Master interprofessionali (11 tipologie): rivolti a due o più professioni sanitarie su tematiche a forte integrazione interprofessionale;
- Master specialistici di ciascuna professione (77 tipologie): rappresentano lo sviluppo di competenze specialistiche di ogni professione.

Tra questi vi è l'Area di Cure primarie a cui afferiscono i master finalizzati a sviluppare competenze con indirizzi diversi:

- salute pubblica (interventi di promozione della salute, interventi preventivi ed educativi, di counselling sugli stili di vita, di attivazione di reti, di monitoraggio epidemiologico);
- cure primarie, domiciliari e territoriali con approccio proattivo rivolto soprattutto a persone con malattie croniche (gestire follow-up secondo percorsi diagnostico terapeutici condivisi con altri professionisti, interventi di educazione terapeutica);

- infermiere di famiglia e comunità, finalizzato a sviluppare competenze per prendere in carico le famiglie e le comunità sia per promuovere il loro benessere che per sostenerle con interventi specifici quando devono affrontare problematiche complesse di malattia, disabilità e cura.

### 3.1 OFFERTA FORMATIVA NAZIONALE

È stata condotta un'analisi delle proposte formative presenti nel territorio nazionale da cui sono emersi 25 Master di I livello, di cui 2 su piattaforme online. Per quanto riguarda la distribuzione dell'offerta formativa nel territorio nazionale, essa si distribuisce prevalentemente nell'Italia Settentrionale, pur offrendo almeno un Master di I livello per Regione, ad eccezione di Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna. Si evidenzia quindi una mancanza di offerta formativa per l'Infermiere di Famiglia e Comunità soprattutto nelle Regioni a Statuto Speciale.

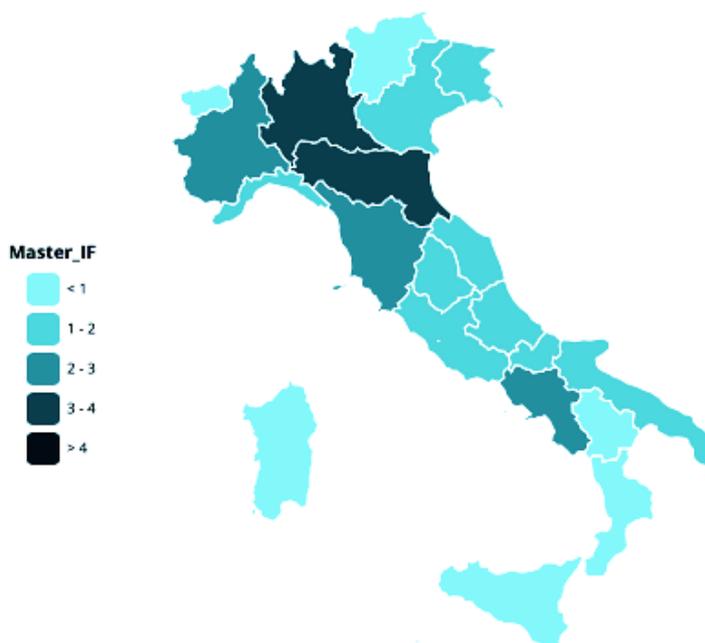


Grafico 1 Distribuzione nazionale Master I livello IFeC

Per quanto riguarda la loro denominazione, la maggior parte dei Master individuati vengono definiti con la dicitura “*Infermiere di Famiglia e di Comunità*”, “*Infermieristica di famiglia e di comunità*” o “*Assistenza infermieristica di famiglia e comunità*”. Tra le varie proposte formative si segnala che due Master hanno riferimenti più specifici all’ambito geriatrico e al bambino e all’adolescente, e un master è rivolto non solo all’infermieristica, ma anche all’ostetricia di famiglia.

<b>DENOMINAZIONE MASTER</b>	<b>N°</b>
Infermiere di famiglia e di comunità	10
Infermieristica di famiglia e di comunità	3
Assistenza infermieristica di famiglia e comunità	2
Cure primarie e sanità pubblica: infermiere di famiglia e di comunità	1
Cure primarie e sanità pubblica: specialista in infermieristica di famiglia e di comunità	1
Cure primarie: il professionista sanitario di famiglia e comunità	1
Infermieristica di comunità ed in ambito geriatrico	1
Assistenza infermieristica in cure primarie e sanità pubblica: specialista in infermiere di famiglia e comunità	1
Infermieristica e ostetricia di famiglia e case/care management dei processi sanitari e socio sanitari	1
Infermieristica di famiglia e di comunità e assistenza integrata per la salute collettiva	1
Infermiere di famiglia e della comunità per il bambino e l'adolescente	1
Infermiere di famiglia e di comunità: competenze manageriali	1
Infermieristica di famiglia, comunità e welfare territoriale	1
<b>Totale complessivo</b>	<b>25</b>

*Tabella 1 Denominazione Master I livello*

Tra i Master esaminati i contenuti core comuni possono essere riassunti come segue:

- **Promozione della salute e educazione:**
  - evoluzione del concetto di salute e benessere con l’approccio “One Health”, determinanti della salute e stili di vita; disuguaglianze e fattori di rischio per la salute;
  - azioni di sanità pubblica: prevenzione primaria, secondaria, terziaria e quaternaria;
  - modelli e strumenti di progettazione educativa mirati al singolo, alla famiglia, gruppo e comunità nei diversi setting di prevenzione e cura;

- strumenti digitali;
- differenze culturali.
- Valutazione e presa di decisione:
  - lettura della comunità attraverso l'analisi dei dati demografici ed epidemiologici e le reti di assistenza nel welfare;
  - mutamento della struttura e delle relazioni familiari nella società multiculturale;
  - la famiglia come variabile epidemiologica e strumenti di valutazione e di intervento centrati sulla famiglia;
  - la valutazione infermieristica, gestione clinico-assistenziale e sorveglianza delle condizioni di fragilità, non autosufficienza, disabilità fisica e intellettuale, disturbi psichici e condizioni di dipendenza;
  - infermieristica d'iniziativa;
  - strumenti di tele-monitoraggio e tele-assistenza.
- Presa in carico e coordinamento di percorsi
  - linee di indirizzo nazionali e regionali per la prevenzione e la gestione della cronicità;
  - struttura, funzionamento e meccanismi di integrazione delle cure primarie e della rete dei servizi territoriali;
  - politiche sociali per l'inclusione e ruolo delle amministrazioni e degli enti locali nella messa in campo di iniziative di promozione della salute all'interno della comunità;
  - sistemi di stratificazione dei bisogni della popolazione basati sulla complessità assistenziale e modelli efficaci di presa in carico;
  - strategie e strumenti per la pianificazione e la continuità assistenziale tra setting e servizi.
- Comunicazione e relazione
  - lavoro in team e pratica interprofessionale, lo sviluppo del lavoro di rete;
  - tecniche comunicative nella relazione terapeutica;
  - approcci comunicativi mirati al cambiamento e alla valorizzazione delle potenzialità.

Secondo l'Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità (AIFeC, 2021) è necessario prediligere metodologie didattiche interattive quali esercitazioni in piccoli gruppi su casi,

video, role playing, simulazioni, journal club e project work. Nella progettazione dei percorsi di tirocinio è raccomandata la scelta di contesti che espongano lo studente a opportunità di osservare e sperimentare le competenze, indipendentemente dal modello organizzativo all'interno del quale è inserito il professionista che opera con le funzioni dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità. Si suggerisce di prevedere 500 ore di stage, delle quali almeno 250 ore di esperienza sul campo, attivando un sistema di tutorato a supporto della rielaborazione dell'esperienza, sia in forma individuale che di gruppo.

Dall'analisi dell'offerta formativa nazionale è risultato che tutti i Master prevedono un tirocinio formativo da un minimo di 200 ore ad un massimo di 500 ore, al termine del quale è richiesta la preparazione di un elaborato finale (project work, elaborato di tesi, progetto di lavoro o di tirocinio).

La modalità di erogazione della didattica è varia: il 44% dei Master offre una didattica esclusivamente in presenza, il 32% offre una didattica mista in presenza e telematica, mentre il 12% si riferisce esclusivamente a corsi su piattaforme online. Per il 12% delle offerte formative non è stato possibile risalire alla tipologia di didattica erogata.

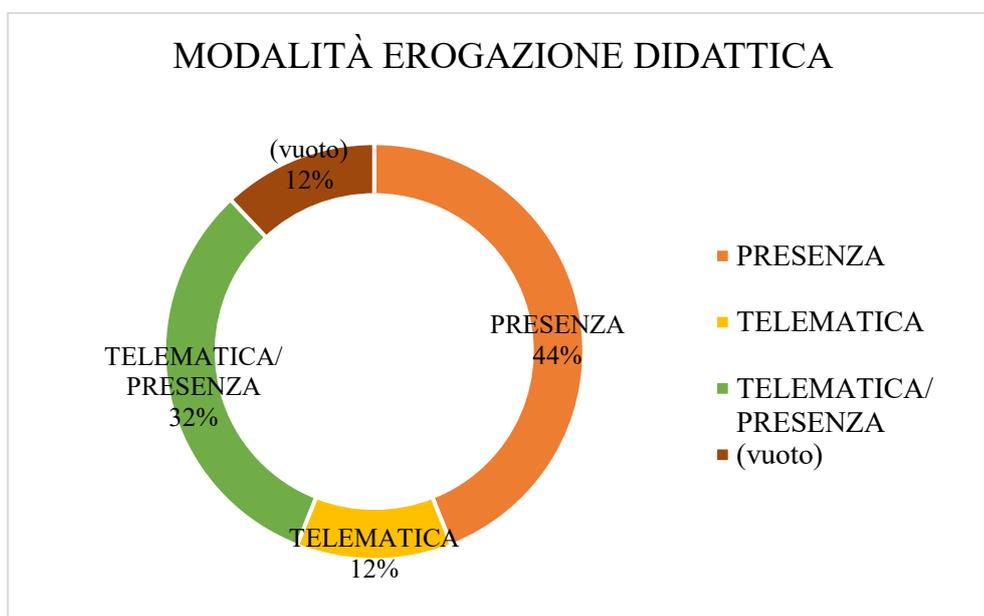


Grafico 2 Modalità di erogazione della didattica Master I livello IFeC

Infine, la durata dei corsi si estende da un minimo di 10 mesi ad un massimo di 24 mesi per un costo totale che va dai 1000€ ai 3000€.

## 3.2 OFFERTA FORMATIVA INTERNAZIONALE

In Health21, la questione se l'infermiere possieda le competenze necessarie per svolgere il ruolo di Infermiere di Famiglia e Comunità subito dopo la laurea triennale è attualmente oggetto di dibattito in diversi paesi.

Nel frattempo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha predisposto un piano didattico per la formazione post-laurea di questi professionisti. Il corso sarà distribuito in moduli, avrà una durata di 40 settimane, a tempo pieno. I partecipanti al corso dovrebbero avere un minimo di due anni di esperienza post laurea base e prevede un tirocinio per un periodo di tre mesi di esperienza lavorativa a contatto con le famiglie nel loro ambiente domestico e comunitario, guidati da un Infermiere di Famiglia e Comunità esperto. Si prevede che l'infermiere prosegua il rapporto professionale con una stessa famiglia per tutta la durata del Corso di Infermieristica Familiare, in modo che possa sperimentare i contenuti teorici del corso nella realtà pratica all'interno del percorso di vita della famiglia e delle esperienze di salute/malattia (Looman, 2020).

È stato elaborato un quadro concettuale che fornisce un modo per comprendere e organizzare i concetti chiave della pratica e del programma educativo che preparano lo studente. Tale quadro fornisce mission e vision del corso e rende visibili i valori e gli obiettivi delle attività. Per descrivere il ruolo dell'Infermiere di Famiglia, il *Curriculum Planning Group* ha attinto alla teoria dei sistemi, alla teoria dell'interazione e alla teoria dello sviluppo. La teoria dei sistemi fornisce un modo utile per rappresentare e analizzare le complessità di una situazione. La teoria dell'interazione incoraggia la considerazione della relazione infermiere/paziente, della relazione infermiere/famiglia e dei concetti di collaborazione e di team che sono centrali nella filosofia dell'assistenza sanitaria di base. La teoria dello sviluppo è importante per aiutare la comprensione non solo dei singoli esseri umani ma anche dello sviluppo della famiglia, nel contesto dei principali eventi del corso della vita che tutte le persone devono affrontare e che variano per intensità e impatto, a seconda di molti fattori complessi. Queste tre teorie sono combinate in un modello concettuale illustrato nella figura seguente (World Health Organization, 2000).

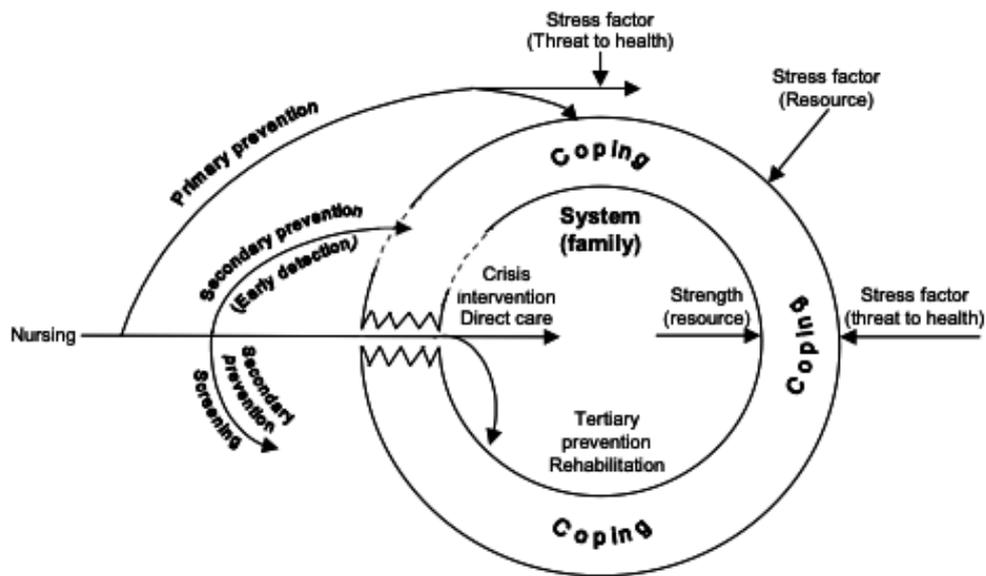


Figura 9 Family Health Nursing: helping the family to maintain health and cope with threats to health (WHO, 2000, p. 31)

Successivamente alle indicazioni fornite dall'OMS, molti Paesi come Germania, Portogallo, Romania, Spagna e Slovenia hanno sviluppato programmi di formazione per l'infermieristica di Famiglia e Comunità (Martini et al., 2013). In Scozia sono stati sviluppati corsi accademici e professionali per gli infermieri di Famiglia a livello universitario post-qualifica. Questi sono stati progettati per soddisfare la necessità di formazione degli infermieri che prestavano assistenza nelle comunità rurali e urbane e che avevano già una qualifica specialistica per l'infermieristica nella comunità.

In Germania i corsi si sono incentrati sulla *Community Health Care and Nursing*, occupandosi dell'assistenza sanitaria di comunità attraverso la pianificazione comunitaria, di distretto e di contesto, la consulenza a istituzioni, comuni, ministeri statali e associazioni, consulenza e sviluppo dell'offerta territoriale (University of Bremen, [https://www.unibremen.de/fileadmin/user\\_upload/fachbereiche/fb11/Community\\_and\\_Family\\_Health\\_Nursing/FB11\\_Flyer\\_Masterstudium\\_CHCN.pdf](https://www.unibremen.de/fileadmin/user_upload/fachbereiche/fb11/Community_and_Family_Health_Nursing/FB11_Flyer_Masterstudium_CHCN.pdf)).

All'*University of Heartfordshire* il percorso di studi viene suddiviso in tre aree tematiche: infermieristica distrettuale, infermieristica di medicina generale e infermieristica pediatrica nella comunità. Il corso prevede prospettive avanzate di salute pubblica e di politica sociale, la valutazione della salute e l'innovazione dei servizi (University of Heartfordshire: <https://www.herts.ac.uk/courses/postgraduate-masters/pgdip-specialist-communitynursing-community-district-nursing>).

All'*University Master's degree in Ageing and Health* di Barcellona il Corso offre una specializzazione professionale ma anche una forte introduzione all'ambito della ricerca per cui tra gli obiettivi principali spicca l'acquisizione e lo sviluppo di competenze per l'innovazione, attraverso le conoscenze accademiche, dei settori dell'assistenza sanitaria e della salute pubblica. Inoltre, si concentra sulle disparità sanitarie e sociali, alla difficoltà di accesso ai servizi e alle persone vulnerabili, al fine di contribuire alla trasformazione sociale. (University of Barcellona, <https://www.educations.com/study-abroad/university-of-rovira-i-virgili/university-masters-degree-in-ageing-and-health-1425630>).

Infine, il *Master of Science in Nursing di Minneapolis* si concentra sulla formazione di professionisti che abbiano competenze per valutare e gestire i problemi di salute dei pazienti in tutte le età attraverso la prevenzione e la promozione della salute, il suo mantenimento, e attraverso interventi di riabilitazione (University of Minneapolis, [https://catalog.waldenu.edu/preview\\_program.php?catoid=128&poid=47322](https://catalog.waldenu.edu/preview_program.php?catoid=128&poid=47322)).

## 4 CAPITOLO IV – PROPOSTA FORMATIVA

Dall'analisi normativa e dal contesto socio-culturale, si evince la necessità di istituire la nuova figura dell'Infermiere di Famiglia su basi professionali solide attraverso una formazione mirata. Secondo Marcadelli et al. (2019) la formazione infermieristica di base, acquisita attraverso la Laurea triennale, non soddisfa i requisiti di competenza che dovrebbe possedere questa nuova figura professionale, approfondendo su discrezione delle varie Università nazionali temi come la prevenzione e l'empowerment della salute.

Da questi presupposti, in accordo con l'Università di Padova, viene di seguito proposta un'offerta formativa denominata “Master di Primo Livello per Infermiere di Famiglia e di Comunità”. La proposta è stata elaborata con la collaborazione di un'altra studentessa del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (anno accademico 2021-2022) che ha analizzato la figura per quanto concerne il suo ambito di operatività nella comunità. La proposta presentata racchiude al suo interno una formazione che si intreccia e non distingue il profilo dell'Infermiere di Famiglia da quello dell'Infermiere di Comunità, sebbene mantengano entrambi un ambito d'azione diversificato in relazione ai destinatari di cura a cui si rivolgono. La letteratura fino ad ora analizzata e le più recenti indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2021), infatti, riuniscono sotto uno stesso profilo le azioni rivolte agli individui, alle loro famiglie e alle comunità su cui si inseriscono, sottolineando l'importanza di un approccio comune (Dellafiore et al., 2022).

Analizzando il contesto regionale, è emerso che l'offerta finalizzata alla formazione post laurea di base ai futuri Infermieri di Famiglia e Comunità è insufficiente per il fabbisogno di futuri infermieri formati nel prossimo futuro; infatti, solo l'Università degli studi di Verona possiede un “Master in Cure Primarie e Sanità Pubblica, Specialista in Infermiere di Famiglia e di Comunità” (UNIVR, 2022). L'istituzione con l'Università di Padova di questo nuovo Master rappresenta quindi un'opportunità per l'ampliamento della proposta formativa a livello regionale, incentivando le Aziende Sanitarie all'assunzione di personale sempre più competente per i profili professionali richiesti e non di meno soddisfacendo il bisogno formativo degli infermieri che operano già nei contesti attinenti.

## 4.1 FASI DEL PROGETTO

La progettazione della proposta formativa ha seguito diverse fasi che si sono distribuite da marzo a novembre 2022. Le varie fasi sono state riassunte come riportato di seguito:

1. Analisi normativa nazionale e regionale: ricerca dei riferimenti normativi che hanno portato alla definizione della figura dell’Infermiere di Famiglia e alla sua evoluzione nel tempo; analisi della situazione regionale in merito all’applicazione delle normative precedenti;
2. Analisi offerta formativa internazionale e nazionale: a livello nazionale per il profilo di riferimento, a livello internazionale nelle principali Università con profilo simile all’Infermiere di Famiglia delineato a livello nazionale;
3. Definizione del profilo dell’Infermiere di Famiglia: attraverso ambiti di azione, obiettivi e competenze;
4. Elaborazione piano didattico;
5. Elaborazione piano finanziario.

Nell’Allegato 3 viene riportato il Gantt di progetto con il dettaglio delle fasi e la loro distribuzione nel tempo.

## 4.2 OBIETTIVI FORMATIVI ED AREE DI CONTENUTO

Come evidenziato dall’analisi della normativa e della letteratura riportata nei capitoli precedenti il profilo dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità viene strutturato attraverso alcune caratteristiche principali ma non ha tutt’ora un modello di riferimento a cui ispirarsi. Nonostante ciò, si è provveduto ad elaborare un profilo dell’Infermiere di Famiglia e Comunità a partire da alcune macroaree comuni rappresentanti i concetti chiave che caratterizzano il professionista:

1. Empowerment, prevenzione e promozione: l’Infermiere di Famiglia è ritenuto responsabile dei processi di educazione sanitaria finalizzati al cambiamento dello stile di vita e di tutte quelle azioni sociali attraverso cui le persone acquisiscono competenze sul proprio stato di salute, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale per migliorare la qualità di vita; gli infermieri di Famiglia devono possedere capacità di empowerment critico per aumentare il controllo delle persone sulla propria salute, la capacità di cercare informazioni e di assumersi responsabilità;

2. Management e percorsi di cura nella rete interprofessionale: l'Infermiere di Famiglia è in grado di costruire un modello assistenziale condiviso e costruito sulle persone e sulla famiglia, gestendone l'organizzazione del processo di assistenza nel setting di cura più adeguato; promuove e migliora la rete interprofessionale al fine di produrre un'assistenza personalizzata e completa, che coinvolga tutti i professionisti della salute che ruotano attorno al sistema famiglia; l'Infermiere di Famiglia diventa punto di riferimento, diventando il principale responsabile del piano di assistenza;
3. Partecipazione ai servizi esistenti ed estensione dell'offerta: gli infermieri di Famiglia valutano criticamente i servizi di cui le famiglie usufruiscono e partecipano attivamente nell'attivazione di nuove proposte calate sui bisogni delle persone rilevati durante l'assistenza; contribuiscono alla cura nella misura degli interventi tecnico-assistenziali che riguardano le modalità di assesment della famiglia attraverso strumenti adeguati alle attività di cura nell'ambiente familiare.

Per ciascuna macroarea, è stata successivamente identificata una microarea che si va a definire attraverso specifici obiettivi ed interventi. Nella tabella seguente vengono riportati gli ambiti d'azione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità seguendo la suddivisione precedentemente descritta.

MACROAREE	MICROAREE	
	<i>OBIETTIVI</i>	<i>INTERVENTI</i>
<b>EMPOWERMENT PREVENZIONE E PROMOZIONE</b>	L'IF si riferisce a soggetti caratterizzati da fragilità socio-sanitaria e con stili di vita disadattivi al fine di: Promuovere consapevolezza e capacità di adottare comportamenti adattivi/funzionali, stili di vita sani, alla prevenzione e alla diagnosi precoce Sostenere la salute e aumentare l'empowerment della persona con	Identificazione aree di bisogno di salute non riconosciute dai servizi del territorio Identificazione di comportamenti di rischio attraverso valutazioni programmate e inserimento nel sistema Lettura e analisi del contesto per modelli culturali disadattivi, fragilità e familiarità alle principali patologie

MACROAREE	MICROAREE	
	<i>OBIETTIVI</i>	<i>INTERVENTI</i>
	<p>educazione all'autocura e alla gestione adattiva delle proprie risorse</p> <p>Fornire risposte dirette a situazioni e bisogni di assistenza</p> <p>Attivare percorsi proattivi di presa in carico da parte di servizi e risorse sociali</p>	
<p><b>MANAGEMENT E PERCORSI DI CURA NELLA RETE INTERPROFESSIO NALE</b></p>	<p>Erogare interventi previsti/programmati in percorsi di assistenza personalizzata</p> <p>Monitorare la qualità del percorso di cura dell'assistito in cooperazione con la persona e la famiglia</p> <p>Favorire l'aderenza ai piani terapeutici e allo sviluppo di capacità di autocura e caregiving nella cronicità/fragilità</p>	<p>Monitoraggio dello stato clinico e socio-assistenziale dei soggetti fragili e/o con cronicità al fine di prevedere variazioni necessarie nel programma di cura e assistenza ed offrire il migliore percorso di salute</p> <p>Programmazione del fabbisogno di controllo e di rivalutazione dei percorsi in atto</p> <p>Istruzione a domicilio per telemonitoraggio efficace</p> <p>Attività di telemonitoraggio nei soggetti con cronicità e/o a rischio di instabilità clinico-assistenziale</p>
	<p>Promuovere l'integrazione multidisciplinare e la sanità d'iniziativa ponendo al centro la persona assistita e la sua famiglia;</p> <p>Identificare/mappare/descrivere i contesti sanitari e socio sanitari e</p>	<p>Individuazione dei servizi</p> <p>Lavoro in equipe multidisciplinare</p> <p>Proposta di percorsi di cura appropriati e personalizzati alle strutture che erogano i servizi</p> <p>Individuazione delle risorse</p>

MACROAREE	MICROAREE	
	<i>OBIETTIVI</i>	<i>INTERVENTI</i>
	<p>l'organizzazione della rete dei servizi</p> <p>Valutare alternative di scelta per azioni efficaci in relazione alla complessità del contesto bio-psico-sociale in cui opera</p>	<p>attivabili sul territorio per la gestione dei casi (coordinamento ed integrazione con vari specialisti)</p> <p>Interagire con i servizi per migliorare l'offerta di cura</p>
<p><b>PARTECIPAZIONE AI SERVIZI ESISTENTI ED ESTENSIONE DELL'OFFERTA</b></p>	<p>Interventi tecnico-assistenziali (modalità e strumenti di assesment della famiglia/comunità/soggetti e interventi diretti con uso di strumenti adeguati ad attività di cura non in ambito istituzionale)</p> <p>Identificare le specificità operative nei servizi esistenti nel territorio</p> <p>Proporre modalità di estensione dell'offerta assistenziale fornita dai servizi esistenti</p>	<p>DESTINATARI/UTENZA: Popolazione già in carico al SSN (disabilità e cronicità, over 65, comorbidità) Popolazione non ancora in carico al SSN (fragilità del quadro clinico e socio-assistenziale, stili di vita insalutari, familiarità per principali patologie, follow up e screening)</p> <p>Attività ambulatoriale presso Case della Comunità</p> <p>Verifica di attuazione dei percorsi predisposti per i soggetti in dimissione protetta (MMG, PLS, assistenti sociali, fisioterapisti, psicologi)</p> <p>Partecipazione informativa con COT</p>

Tabella 2 Macroaree e Microaree di intervento Infermiere di Famiglia e di Comunità

### 4.3 MODALITÀ ED ORGANIZZAZIONE DELLA DIDATTICA

Si presume che l'offerta formativa interessi due tipologie principali di studenti:

- Studenti che perseguono il continuum degli studi dalla laurea triennale con interesse specifico per la materia;
- Studenti lavoratori che lavorano o che intendono lavorare nel prossimo futuro come Infermieri di Famiglia e di Comunità o in aree correlate e che necessitano quindi di sviluppare competenze più ampie.

Le modalità didattiche sono state selezionate a partire dall'ipotesi degli studenti interessati; si è scelta quindi la modalità blended costituita da una parte di lezioni frontali e da una parte di didattica a distanza. La distribuzione dei contenuti tra le diverse modalità è motivata come descritto di seguito:

- Didattica frontale: per i moduli disciplinari che integrano aree umanistiche e scientifiche promuovendo competenze trasversali come le pratiche comunicative e argomentative ed il pensiero critico. L'obiettivo principale è il *critical thinking* attraverso cui lo studente acquisisce coerenza e correttezza di ragionamento sui percorsi assistenziali, in una logica proposizionale ed etica; i contenuti selezionati sono finalizzati alla costruzione di modelli logici da applicare negli ambiti e contesti assistenziali dell'Infermiere di Famiglia;
- Didattica a distanza: in modalità sincrona e asincrona, permette allo studente lavoratore un'organizzazione compatibile con i propri turni lavorativi e con la propria vita quotidiana, garantendogli un impegno equo in termini di qualità e risorse;
- Didattica laboratoriale: consente situazioni di apprendimento inter e/o multidisciplinari in una dimensione operativa, progettuale e cooperativa con la possibilità di impegnare conoscenze e abilità specifiche come quelle digitali. Tra gli obiettivi generali di gruppo offre inoltre il riconoscimento delle differenti modalità d'interazione e la presa di consapevolezza dei rapporti con gli altri professionisti;
- Seminari: quale arricchimento dell'offerta didattica attraverso esperti qualificati.

È stato ipotizzato inoltre un calendario accademico che struttura il corso in 12 mesi. Sempre nell'ottica di agevolare gli studenti lavoratori, le lezioni sono state distribuite per un massimo di due giornate a settimana. Si veda Allegato 4.

#### 4.4 PIANO DIDATTICO

Successivamente si è proceduto all'elaborazione del piano didattico secondo il Regolamento per i Master universitari, i Corsi di Perfezionamento e i Corsi di Alta Formazione dell'Università di Padova secondo Decreto 4019/2017: per ogni macroarea, corrispondente ad aree tematiche ben definite, sono stati individuati:

- moduli disciplinari con i relativi obiettivi;
- contenuti;
- modalità di erogazione della didattica;
- ore didattiche e di studio individuale;
- Crediti Formativi Universitari (CFU) corrispondenti;
- profilo dei docenti.

Di seguito vengono riportati i moduli disciplinari, derivati dall'analisi della figura, dalla proposta del modello che lo costituisce e dal bisogno di formazione che deriva dalla necessità di rispondere ai bisogni della popolazione.

Area tematica: *Empowerment, prevenzione e promozione*

Moduli disciplinari:

- Società e salute

Lo studente sarà in grado di promuovere consapevolezza e capacità di adottare comportamenti funzionali, stili di vita sani, prevenzione e diagnosi precoce.

Contenuti:

- Paradigmi di salute e malattia
- Modelli esplicativi del comportamento di tutela della salute

- Cultura della salute del singolo e della comunità

Lo studente sarà in grado di sostenere i comportamenti utili per la salute ed aumentare l'empowerment della persona con educazione all'autocura e alla gestione adattiva delle proprie risorse

Contenuti:

- L'ambito dell'autocura: il bisogno e la progettazione del percorso di cura
- Indicatori e modalità di rilevazione dello stato di salute
- Setting di cura e modalità organizzative
- Nursing della qualità della vita e della salute

- Organizzazione e rete dei servizi territoriali

Lo studente sarà in grado di attivare percorsi proattivi di presa in carico da parte di servizi e risorse sociali e di fornire risposte dirette a situazioni e bisogni di assistenza

Contenuti:

- Management dei percorsi di cura nel territorio: servizi socio-sanitari

Area tematica: *Management e percorsi di cura nella rete interprofessionale*

Moduli disciplinari:

- Management dei percorsi di cura

Lo studente sarà in grado di erogare interventi previsti/programmabili in percorsi di assistenza personalizzata

Contenuti:

- Management dei percorsi di cura con focus su: patologie croniche, fragilità e disabilità

- Empowerment e caregiving

Lo studente sarà in grado di favorire l'aderenza ai piani terapeutici e allo sviluppo di capacità di autocura e caregiving nella cronicità/fragilità

Contenuti:

- Fisiologia della cronicità e aderenza terapeutica
- Modalità di relazione ed alleanza terapeutica
- Principi di cura nella famiglia: caregiving e rete sociale

- Qualità dei percorsi di cura

Lo studente sarà in grado di monitorare la qualità del percorso di cura dell'assistito in cooperazione con la persona e la famiglia

Contenuti:

- Approcci allo sviluppo dell'autocura: monitoraggio e valutazione del percorso di cura
- Partnership terapeutica: coinvolgimento diretto dell'utente nella programmazione ed erogazione dei servizi

- Integrazione multiprofessionale

Lo studente sarà in grado di promuovere l'integrazione multiprofessionale e la sanità d'iniziativa ponendo al centro la persona assistita e la sua famiglia; valutare

alternative di scelta per azioni efficaci in relazione alla complessità del contesto bio-psico sociale in cui opera

Contenuti:

- Sanità d'iniziativa e reti socio-assistenziali: integrazione organizzativa e professionale
- Multiprofessionalità: strumenti per l'ottimizzazione dell'uso delle risorse
- Sistema informativo condiviso tra professionisti sanitari

Area tematica: *Partecipazione ai servizi esistenti ed estensione dell'offerta*

Moduli disciplinari:

- Innovazioni e tecniche infermieristiche

Lo studente sarà in grado di integrare ed erogare interventi tecnico-assistenziali

Contenuti:

- Conoscenza della pratica clinica per migliorare la pratica e gli outcome del paziente, diffondere evidenza dalla domanda, analizzare fonti e linee guida per l'elaborazione di un'assistenza personalizzata

- Reti territoriali e servizi

Lo studente sarà in grado di identificare le specificità operative e criticità nei servizi esistenti nel territorio

Contenuti:

- Rete territoriale: principali setting di cura, organizzazione ed offerta: dimissioni e ammissioni protette, ospedali di comunità, strutture residenziali e semi-residenziali, strutture riabilitative, associazioni di volontariato

- Sviluppo ed innovazione dei servizi territoriali

Lo studente sarà in grado di identificare caratteristiche e livello di offerta assistenziali nel nuovo modello di organizzazione della sanità nel territorio

Contenuti:

- Nuove sfide per la salute nella società contemporanea
- Sistemi sanitari e innovazione: livello di innovazione nel nuovo PNNR
- Modelli evoluti di sistemi sanitari nel contesto internazionale

- Sistemi informativi e telemedicina

Lo studente sarà in grado di identificare la necessità e il contributo di un sistema e di un servizio informatizzato appropriato per le nuove esigenze informative e le multiprofessionalità

Contenuti:

- Innovazioni digitali per la salute ed il benessere: personalizzazione della cura, telemedicina e teleassistenza
- Sistemi informativi e registrazione dei dati
- Sistemi informativi nazionali e regionali per i fascicoli sanitari e i percorsi di cura

Il Master totalizza 60 Crediti Formativi Universitari (CFU) corrispondenti a 1500 ore di studio, distribuite in 12 mesi. Seguendo il Regolamento Master dell'Università di Padova si sono distribuiti i Crediti Formativi Universitari (CFU) secondo tale rapporto:

- Lezione frontale: 1 CFU = 6 ore (19 di studio individuale)
- Laboratorio/Esercitazione 1 CFU = 25 ore
- Seminario/Testimonianza 1 CFU = 10 ore
- Didattica a distanza 1 CFU = 6 ore

Infine, è previsto un tirocinio formativo suddiviso in due periodi per un totale di 200 ore (100 ore per ciascuna esperienza).

Per il dettaglio del Piano Formativo completo del Master si veda Allegato 5.

#### 4.5 PIANO FINANZIARIO

Nella procedura di approvazione del Master da parte dell'Ateneo e del Ministero dell'Istruzione è prevista la compilazione di apposite schede CINECA al cui interno viene richiesta la stima dei costi legati allo svolgimento della didattica e dell'organizzazione della stessa rapportati alle entrate provenienti dalle tasse versate dagli studenti e da varie ed eventuali convenzioni con le Aziende. Il bilancio definitivo è strutturato sul minimo degli studenti che possono iscriversi al Master, definito nel numero di 15. Per il dettaglio del Piano Finanziario si veda l'Allegato 6.

## 4.6 RISULTATI DI APPRENDIMENTO E VALUTAZIONE DELLA DIDATTICA

I risultati di apprendimento comuni alle qualifiche di un certo ciclo sono espressi da descrittori di tipo generale: essi devono essere applicabili ad una vasta gamma di discipline e profili e, inoltre, devono tener conto delle molteplici articolazioni possibili del sistema d'istruzione nazionale. Dopo la Conferenza Ministeriale di Praga (2001), un gruppo di esperti proveniente da differenti paesi ha prodotto una serie di descrittori denominati Descrittori di Dublino. Essi sono enunciazioni generali dei risultati conseguiti dagli studenti che hanno ottenuto un titolo dopo aver completato un ciclo di studio. Per quanto riguarda il Master in Infermiere di Famiglia sono stati descritti i seguenti Descrittori di Dublino:

### 1. Conoscenze e capacità di comprensione

Lo studente conosce e comprende:

- La tipologia e le funzioni dei servizi socio-sanitari del suo territorio;
- I bisogni socio-assistenziali dei singoli nelle condizioni di fragilità e comportamenti a rischio per la propria salute
- Le modalità di promozione ed empowerment a sostegno della salute

### 2. Capacità di applicare conoscenza e comprensione

Lo studente è in grado di:

- Riconoscere stili di vita disadattivi e condizioni di fragilità socio-assistenziale e fornire una risposta personalizzata ad essi
- Descrivere il contesto sanitario in cui opera e attivare i servizi e le risorse sociali in relazione al bisogno della persona
- Proporre strategie per l'estensione dell'offerta assistenziale fornita dai servizi esistenti

### 3. Autonomia di giudizio

Lo studente ha la capacità di:

- Analizzare le situazioni di fragilità e correlarle alle risorse adeguate
- Promuovere comportamenti funzionali, stili di vita sani e di prevenzione della salute
- Attivare la rete di sostegno multiprofessionale per rendere attivo il percorso di salute più appropriato

#### 4. Abilità comunicative

Lo studente sarà in grado di:

- Interagire con gli altri professionisti sanitari e in equipe definendo i migliori percorsi di salute
- Documentare le proprie attività ed esiti anche utilizzando i servizi informatici e di telemedicina
- Interagire con la persona, divenendo riferimento per i suoi bisogni socio-assistenziali

#### 5. Capacità di apprendimento

Lo studente sarà in grado di:

- Sviluppare competenze di gestione e coordinamento dei percorsi di cura
- Programmare il proprio aggiornamento in coerenza con l'evoluzione dei servizi nel territorio

Al termine del corso di studio, è previsto un esame finale per l'acquisizione del titolo. La modalità scelta è quella di un project work che sia rappresentativo delle competenze clinico-organizzative maturate durante il tirocinio didattico; inoltre, il project work deve rispondere a criteri di concretezza, traslando i modelli assistenziali di riferimento in modelli tangibili, e di efficienza, ottimizzando le risorse già presenti nelle Aziende.

È infine da prevedere una valutazione della didattica che determini la qualità, quantità e gli esiti della didattica svolta dai docenti attraverso appositi indicatori che ricomprendono anche le valutazioni degli studenti. I risultati della valutazione verranno usati per l'incentivazione e la formazione dei docenti per strategie di sviluppo del corso e nuove metodologie didattiche. Inoltre, la valutazione della formazione coadiuva il processo di apprendimento, fornendo informazioni sui livelli di apprendimento in modo da poter adattare gli interventi alle situazioni didattiche ed offrire così la miglior offerta formativa per il profilo di riferimento.

## DISCUSSIONE

L'implementazione di percorsi integrati centrati sui bisogni assistenziali del paziente rappresenta una grande potenzialità per migliorare la qualità delle cure. Alla base di questa forma di assistenza c'è un patto di cura tra infermiere e paziente, ma anche tra infermiere e membri della famiglia. Una relazione che si nutre di un continuo scambio bidirezionale di informazioni, finalizzato a esplorare le preferenze del paziente, ad aiutare il paziente e la sua famiglia nel fare le scelte giuste, nel facilitare l'accesso alle cure appropriate, nel rendere possibili i cambiamenti negli stili di vita necessari per mantenere o migliorare lo stato di salute (Hudon et al., 2020). Lo sviluppo di metodologie in grado di identificare fasce di popolazione omogenee in termini di bisogni assistenziali e socio-assistenziali consente di analizzare alcuni dei passaggi per un'efficiente pianificazione degli interventi. Inoltre, soprattutto se improntati ai principi del *Population Health Management*, questi approcci possono essere in grado di differenziare anche la popolazione sana, tenendo conto della presenza di fattori di rischio, sia individuali che relativi al contesto, su cui agire con interventi di promozione della salute. Secondo l'indagine Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" (2019), il 76,5% della popolazione adulta presenta almeno un comportamento a rischio tra fumo, obesità, alcol e sedentarietà, il 37,2% ne presenta almeno due, mentre l'8,4% associa tre o quattro comportamenti non salutari.

Sebbene le statistiche (Istat, 2019) riportino dati oggettivi sulla percentuale di popolazione con patologie croniche, disabilità e fragilità, o sulla composizione delle famiglie, nel valutarle, è importante ricordarsi che ciascuna è unica e che il processo di valutazione è un percorso di raccolta dati in continua evoluzione poiché i bisogni della stessa cambiano nel corso della vita. Le caratteristiche dei suoi membri, le esperienze, il livello di sviluppo e le risorse personali sono interattive con l'ambiente e influenzano il modo in cui ciascuna famiglia gestisce gli eventi psicosociali stressanti (*life events*) attesi ed inattesi (Mallette et al., 2006). La formazione, in questo senso, aiuterebbe gli infermieri a riconoscere i propri pregiudizi (culturali e spirituali), a riconoscere la specificità del ruolo della famiglia nella vita del paziente, e a valutare la sua capacità di rispondere con strumenti di valutazione pertinenti. Nel nuovo modello di rete di assistenza territoriale viene proposta una prospettiva di cura che guarda la popolazione con occhi diversi. Porre il focus sulla famiglia (non sul paziente), sulla capacità della famiglia (non sui deficit) e sulla promozione dei

comportamenti che facilitano la crescita (non sul trattamento dei problemi) infatti, contrasta con un più tradizionale approccio all'assistenza infermieristica (Malette et al., 2006). Concettualizzare il rapporto fra infermiere e famiglia come una condivisione reciproca della responsabilità e della soluzione dei problemi, richiede un cambiamento sostanziale delle modalità con cui i professionisti interagiscono con le famiglie. Ecco perché è necessario un programma formativo che non solo permette l'apprendimento di nuove competenze negli infermieri ma che offre lo sviluppo di un modello culturale e ideologico legato alla professione e promuove il cambiamento del ruolo dell'infermiere nel contesto familiare.

La nuova medicina territoriale mira a mettere a sistema il contributo di diverse figure professionali (quali, ad esempio, medici di medicina generale, infermieri, pediatri, psicologi, assistenti sociali) che, tramite un lavoro di equipe, possano garantire una presa in carico continuativa, integrata e multidimensionale dei pazienti, anche grazie al processo di digitalizzazione dei servizi sanitari. Il nuovo quadro normativo identifica gli standard strutturali, tecnologici e organizzativi in tutte le regioni e dovrebbe consentire di aumentare la copertura dei fabbisogni anche nelle aree più remote e meno urbanizzate. Per consentire la buona riuscita del Piano sarà però necessario consolidare gli strumenti di lavoro e le competenze necessarie per una corretta programmazione e pianificazione dei servizi che non trascende, anzi ne è parte genitrice, dalla formazione dei professionisti. Le normative riportano infatti delle indicazioni meramente di tipo organizzativo, senza considerare l'elemento culturale e ideologico che caratterizza e costituisce il nuovo modello assistenziale territoriale.

Il processo di classificazione proposto dal PNRR dovrebbe inoltre tener conto non solo dei criteri clinici ma anche di tutti quei fattori individuali e socio-familiari che possono incidere sulla capacità del paziente di gestire la propria patologia. A tal fine, deve essere definita una modalità di valutazione anche dei fattori di vulnerabilità socio-economica come il basso titolo di studio, la presenza di esenzioni per reddito, l'indice di deprivazione sociale e materiale. Questi fattori, soprattutto se coesistenti, associati alla presenza di patologie croniche e ad un'età avanzata possono costituire un determinante di non autosufficienza (Dellafiore et al., 2022). In questi scenari, si rende necessaria l'integrazione tra la componente sanitaria e quella sociale e, nelle situazioni più complesse, i fattori di vulnerabilità potrebbero concorrere alla scelta di un'assistenza di tipo domiciliare o residenziale, varcando il confine che separa le cure primarie da quelle intermedie. Ecco

perché è nuovamente necessario che una figura come l’Infermiere di Famiglia e Comunità intervenga prontamente al variare della fragile condizione di equilibrio che attraversa le famiglie nelle situazioni di salute e malattia.

Inoltre, è da considerare non di meno la valutazione dell’impatto tecnologico della riforma. Nel 2019 la quota di italiani di 14-74 anni con un livello di competenze digitali di base o superiore era pari al 42%, un valore inferiore di 14 punti rispetto alla media europea (56%). Solo il 18% delle persone con un basso livello di istruzione è digitalmente competente e gli analfabeti digitali sono più presenti nelle classi di età più elevate (Censis, 2020). Se tali statistiche da un lato fanno presumere un buon livello di base nella formazione degli Infermieri di Famiglia e Comunità che si approcceranno nell’utilizzo della telemedicina e teleassistenza, dall’altro espongono la popolazione al rischio di non riuscire a sfruttare tali metodologie o a necessitare sempre e comunque di un caregiver di supporto.

È utile fare una considerazione anche sui sistemi di welfare che andranno ad accogliere questa nuova figura professionale. Se i setting non sono infatti favorevoli al sostegno delle famiglie, sarà difficile per gli infermieri mettere in atto la gamma di attività di best practice suggerite. Il setting dell’assistenza ha delle responsabilità verso la persona che riceve la cura, verso la sua famiglia ed anche verso i professionisti coinvolti (Dellafiore et al., 2022). Questo comporta di generare, promuovere e sostenere tutti quegli ambienti che costituiscono i setting di assistenza, centrati sulla filosofia del sostegno e del rinforzo positivo alle famiglie. Le pratiche e le politiche centrate sulle famiglie promuovono e mantengono la partecipazione della famiglia e del paziente alla progettazione, alla presa di decisioni ed alla prestazione assistenziale, come un’attività core dell’organizzazione. I valori centrati sulla famiglia, sono integrati nella mission, nella vision e nei valori dei settings, e lo staff infermieristico, attraverso l’orientamento e l’esperienza, incorpora questi valori nella propria pratica.

Infine, come è noto, i traguardi e gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza tendono a misurare la realizzazione di ciascun intervento in maniera specifica e puntuale (PNRR, 2021). Tuttavia, è utile individuare indicatori di respiro più ampio in grado di rappresentare i contesti e le politiche attuate, nonché valutare la diffusione di uno stesso modello assistenziale nazionale che sottende la pratica descritta nelle normative.

Secondo i dati della ricerca del Censis “Infermieri e nuova sanità: opportunità occupazionali e di upgrading. Le prestazioni infermieristiche nella domanda di assistenza sul territorio” (2020) nel 2020 8.700.000 italiani hanno fatto ricorso a prestazioni infermieristiche erogate da liberi professionisti. Ad aver bisogno di un’assistenza che il SSN non ha garantito sul territorio sono stati il 44,4% dei non autosufficienti, il 30,7% dei malati cronici e il 25,7% degli ultrasessantenni. Altra preoccupazione è la disinformazione: il 22% degli intervistati dal Censis (2020) afferma che “anche le badanti sanno fare certe cose che riguardano l’assistenza” o per l’8,6% “ci sono interventi che non hanno bisogno di un infermiere anche se formalmente spetterebbero a loro”. Ma il dato più macroscopico è quello che riguarda le carenze di assistenza sul territorio. Il 17,6% dei cittadini ha dichiarato di doversi arrangiare con altri perché “gli infermieri non possono coprire orari lunghi nelle abitazioni” e il 10,1% che “non ci sono abbastanza infermieri che vanno a domicilio”. Il rapporto Censis (2020) fa emergere anche il valore e il contributo degli infermieri al Servizio Sanitario del prossimo futuro e, tenuto conto anche dell’emergenza sanitaria Covid-19, evidenzia perché per costruire un Servizio Sanitario migliore e per tutti, è decisivo ampliare la presenza e il ruolo degli infermieri.

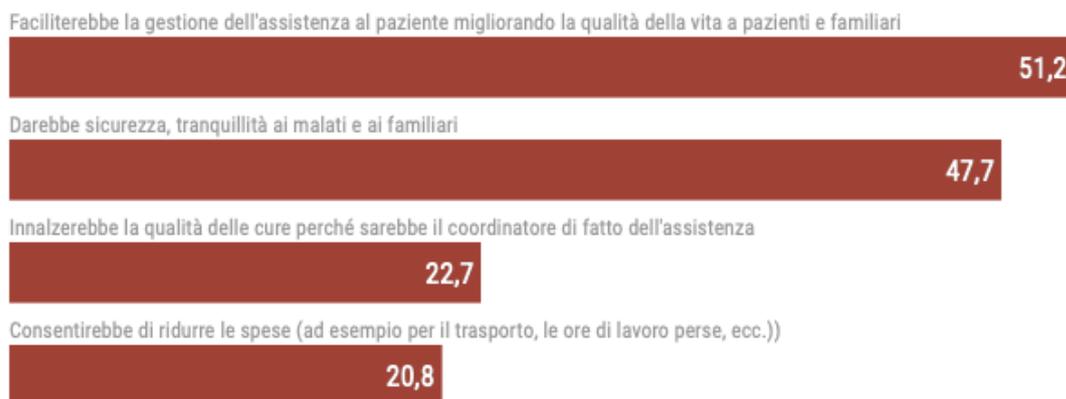
Il 91,4% degli italiani considera l’attivazione e/o il potenziamento dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità nei territori una buona soluzione per l’assistenza e la cura di non autosufficienti, cronici, persone bisognose di terapie domiciliari, riabilitative. In particolare, per il 51,2% degli italiani faciliterebbe la gestione dell’assistenza al paziente migliorando la qualità della vita di pazienti e familiari, per il 47,7% darebbe sicurezza e maggiore tranquillità a pazienti e familiari, per il 22,7% innalzerebbe la qualità delle cure perché potrebbe essere il coordinatore di fatto dell’assistenza (Censis, 2020).

*Lei ritiene che l’infermiere di famiglia e di comunità che garantisce l’assistenza a casa o presso strutture sanitarie di prossimità sul territorio a non autosufficienti, malati cronici, persone bisognose di terapie domiciliari, riabilitative ecc., sarebbe una buona soluzione?*

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Sì, ne sono certo	90,8	90,2	91,2	92,6	91,4
No, non lo è	9,2	9,8	8,8	7,4	8,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Tabella 3 Opinione degli italiani sulla figura dell’infermiere di famiglia e di comunità, per area geografica (Censis, 2020, p.5)

*Perché l'infermiere di famiglia e di comunità sarebbe una buona soluzione? (val. %)*



*Figura 10 Motivazioni per cui secondo gli italiani l'infermiere di famiglia e di comunità sarebbe una buona soluzione per una sanità migliore (Censis, 2020, p.5)*

È necessario quindi sviluppare sul territorio una medicina d'iniziativa che sviluppa una relazione stabile con il paziente non limitata alla cura del singolo episodio e che trasforma i cittadini in protagonisti nella gestione della propria salute e di quella della comunità di appartenenza. Inoltre, la presa in carico della persona nella sua totalità implica l'interazione tra la sfera clinica, socio-assistenziale, educativa che si realizza nella dimensione orizzontale e non gerarchica dell'organizzazione a rete, dove i nodi sono i professionisti sanitari sul territorio, le abitazioni dei pazienti, le strutture distrettuali e i fili che li connettono le relazioni tra gli attori che si alternano nel *long term care*.

Infine, per contribuire alla fornitura di una salute migliore per tutti in un mondo che cambia continuamente, è necessario un approccio diverso da quello diffuso negli ultimi decenni. Oltre alle tradizionali cause profonde di cattiva salute come la povertà e le disuguaglianze sociali, occorre affrontare in modo integrato altri fattori di cattiva salute, come il cambiamento climatico, il degrado ambientale, le crisi umanitarie e l'alimentazione. Occorre dare la priorità alle sfide crescenti, come la resistenza antimicrobica e la salute mentale, o alle sfide in evoluzione dei sistemi sanitari e di assistenza, compresi gli squilibri della forza lavoro e la carenza di risorse, oltre a massimizzare le nuove opportunità per la salute offerte da potenti fattori, come la ricerca e la digitalizzazione.

Pertanto, è essenziale mobilitare un ampio numero di politiche per lavorare su un'agenda sanitaria globale (European Commission, 2022).

## LIMITI

Il nuovo piano di costituzione della rete territoriale identifica l'assistenza infermieristica come fattore centrale del sistema sanitario e la chiave attraverso cui affrontare le sfide del welfare. Secondo la regione europea dell'OMS (Buscher et al., 2009), gli infermieri sono il gruppo più importante che fornisce assistenza sanitaria nelle famiglie e nella comunità. Nonostante il riconoscimento dell'Infermiere di Famiglia come figura chiave dell'assistenza e come professionista in grado di dare un contributo sostanziale alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie, in Italia il sistema assistenziale territoriale è stato prevalentemente gestito dai Medici di Medicina Generale, simile al modello di altri paesi europei, come quello tedesco (Kendall e Bryar, 2017). Inoltre, il sistema di welfare italiano viene definito "familistico", in quanto le politiche di protezione sociale si sono sviluppate con l'idea implicita che le famiglie abbiano la responsabilità di fornire assistenza ai propri familiari (Vicarelli e Bronzini, 2009). Il terreno su cui dovrebbe svilupparsi la nuova rete assistenziale è quindi ancora poco fertile e richiede una completa riorganizzazione non solo dei servizi ma anche dei fondamenti ideologici e culturali che li sottendono. L'Infermiere di Famiglia manca di uno specifico riconoscimento contrattuale o organizzativo nazionale; alcune regioni hanno introdotto il professionista in forma pilota o attraverso leggi sanitarie locali, creando di fatto una disomogeneità nell'organizzazione dei servizi e tra i vari sistemi sanitari regionali (Delibera Regione Toscana n. 597, 2018; Regione Emilia Romagna, 2018; DGR Piemonte n. 32-5173, 2017; Legge Regionale Friuli Venezia Giulia n. 17, 2014).

Si ritiene perciò che la valorizzazione e il successo della formazione sull'infermieristica di famiglia sia dipendente da altri fattori quali il riconoscimento formale del ruolo dell'Infermiere di Famiglia nel sistema sanitario nazionale e la sua inclusione nella rete di tutti i servizi regionali; non di meno la considerazione dei conflitti interprofessionali, e il riconoscimento del valore aggiunto nella collaborazione tra tutte le figure che intervengono nella rete assistenziale, ognuna con la propria area di azione e di competenza.

Per quanto riguarda la proposta formativa precedentemente descritta è necessario sottolineare non è ancora stato costituito formalmente, in quanto le relative schede Cineca sono ancora in via di modifica e quindi non hanno ancora ricevuto l'approvazione dall'Ateneo e dal Ministero dell'Istruzione. Si ritiene inoltre di particolare rilevanza il coinvolgimento delle Aziende quale parte informata dell'offerta formativa territoriale; il

Master non vuole essere solamente un'opportunità legata all'acquisizione personale di competenze ma intende offrire l'opportunità alle diverse Aziende sanitarie presenti nel territorio di dare valore ai propri professionisti inseriti nelle Case della Comunità e nei nuovi servizi della rete territoriale. La formazione, in questo senso, determina la diffusione di un sapere comune riguardo ad un profilo professionale ancora molto dibattuto. Nonostante ciò, solo alcune Aziende sono coinvolte attivamente e collaborano con l'Ateneo per il Master di riferimento (Aulss 2 Marca Trevigiana, Aulss 6 Euganea, Aulss 5 Polesana), diminuendo di fatto la diffusione capillare ed omogenea dell'opportunità formativa. Le Aziende ricoprono inoltre un ruolo fondamentale nell'ospitare gli studenti del Master per il tirocinio didattico, ma è necessario evidenziare che ad oggi solo qualche Azienda sanitaria regionale ha attivato servizi riguardanti l'Infermiere di Famiglia e Comunità attraverso progetti pilota (Aulss 3 Serenissima, Aulss 9 Scaligera), ma non c'è ancora un'organizzazione definita ed univoca della nuova assistenza territoriale, esponendo di fatto gli studenti a scarse opportunità di formazione sul campo.

Infine, nell'ottica di collaborazione con le Aziende sanitarie, il numero limitato di posti disponibili per l'accesso al Master e l'attenta selezione dei candidati secondo criteri ben definiti, porteranno a non soddisfare il fabbisogno del prossimo futuro di Infermieri di Famiglia e Comunità specificatamente formati e ad escludere alcune categorie di professionisti.

## CONCLUSIONI

Il fragile equilibrio tra salute e malattia che oscilla nel perdurare della vita di ogni individuo dà origine a bisogni diversi nel tempo. Fino ad oggi l'infermiere è stato chiamato a rispondere a tali bisogni sostituendosi in parte o del tutto alla persona durante la malattia, fornendo prestazioni quasi esclusivamente sanitarie e dimenticando quelle a rilevanza sociale.

Il nuovo Piano di Ripresa e Resilienza non è quindi da considerarsi solo un aiuto economico europeo per la ridefinizione dell'assistenza territoriale, ma un'opportunità per cambiare la visione di cura del singolo e della sua famiglia e creare un'identità professionale non più valutata sulle prestazioni erogate ma su esiti di cura trasversali alla sfera socio-sanitaria.

Il miglioramento dei percorsi di formazione è un passo importante per acquisire le migliori competenze ed è determinante ai fini della crescita professionale e della valorizzazione del capitale umano. La mancanza di una gestione "per competenze" all'interno delle Aziende sanitarie riduce spesso l'assunzione dei ruoli per competenza a una mera pianificazione di sostituzione del personale che cessa dal servizio. L'assenza di una comune tassonomia di descrittori della professionalità, per l'appunto dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, non rende possibile una comparazione tra le diverse Aziende. Il linguaggio comune si ferma, infatti, alle classificazioni giuridiche ed economiche definite, per ciascun comparto, all'interno dei contratti collettivi e diverse da un settore all'altro. Inoltre, risulta spesso carente nelle Aziende la capacità di proiettare nel lungo periodo la fisionomia di questa nuova figura professionale, definendone i contorni in termini di competenze necessarie per rispondere efficacemente alle istanze dei cittadini e delle loro famiglie.

La formazione quindi congiunge la sfera organizzativa a quella professionale, offrendo l'opportunità alle Aziende di progettare i propri servizi in base alle competenze, con esiti positivi sulla qualità dell'assistenza.

L'integrazione tra servizi e professionisti che operano in setting, contesti aziendali e territori differenti chiamati a confrontarsi sulla gestione dei casi più complessi, ha lo scopo di dare continuità ai percorsi di cura quando cambiano i setting di erogazione e/o i contesti aziendali e/o le equipe di riferimento. Al fine di tradurre tali premesse in un concreto percorso che muova verso la realizzazione per step dei cambiamenti organizzativi, è necessario accompagnare i processi di cambiamento con iniziative di formazione e rafforzamento delle

competenze di tutti gli attori coinvolti e potenziare sia la dotazione tecnologica che quella delle risorse umane.

L'organizzazione richiede il coinvolgimento delle forme associative dei Medici di Medicina Generale e i Pediatri a Libera Scelta, con particolare riferimento alla definizione e all'assegnazione di obiettivi condivisi dall'equipe multiprofessionale, alla partecipazione attiva e alla valorizzazione delle competenze delle professioni sanitarie e sociali, insieme alle articolazioni organizzative delle strutture aziendali.

Alla dimensione teorica e pratica dei percorsi formativi viene sollevata la questione di affiancare in parallelo anche la costruzione dell'identità valoriale della professione attraverso la definizione di una lista definita di valori strutturali. È inoltre importante la scelta dei modelli pedagogici basati sulla progettazione per competenze, la centralità di creare una continuità e una contiguità fra mondo del lavoro e mondo della formazione.

La formazione continua realizzata costituisce un'opportunità finalizzata alla professionalizzazione al coinvolgimento di ogni attore del sistema, che da un lato permette agli infermieri di utilizzare al meglio le conoscenze e le competenze possedute, dall'altro è in grado di stimolare contemporaneamente lo sviluppo di abilità sociali e competenze emotive che li facciano sentire realmente protagonisti nel sistema operativo e partecipi di ogni possibile cambiamento organizzativo.

## **BIBLIOGRAFIA**

Aceti, T., Del Bufalo, P., Nardi, S., & Ruggieri, M. P. (2021). Il Piano Nazionale della Cronicità per l'equità—6° Report. SalutEquità.

Agenas, & Istituto Superiore di Sanità. (2021). Programma Nazionale Esiti. Ministero della Salute.

Agenas, & Osservatorio Cronicità. (s.d.). Il PONGOV Cronicità 2018-2023 «Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT».

Agenas. (2022). Il personale del sistema sanitario nazionale.

Albano, V., Botta, P., Chiarolla, E., Contenti, M., De Maria, R., De Stefano, A., Di Pierri, M., Enrichens, F., Falasca, P., Falcone, E., Fuscio, L., Giusti, C., Ippolito, A., Lega, F., Longo, F., Masullo, M., Mele, S., Michelutti, P., Nube, G., ... Sini, G. (2022). Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità—Manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR. Enrichens F., Lega F., Longo F., Nube G., Scibetta D.

Anderson, C. (2019). The Family Empowerment Model: Improving Employment for Youth Receiving. 36.

Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione, fasc. 229 (2021).

Bagnasco, A., Zanini, M., Pozzi, F., Aleo, G., Catania, G., & Sasso, L. (s.d.). Uno studio europeo e-Delphi per identificare le competenze fondamentali per la definizione del percorso formativo dell'Infermiere di famiglia e di comunità. 19.

Banchero, A., Barbabella, F., Bevilacqua, R., Brizioli, E., Bustacchini, S., Chiatti, C., Deales, A., Felici, E., Gori, C., Guaita, A., Lattanzio, F., Melchiorre, G., Pelliccia, L., Pesaresi, F., Poli, A., Rossi, L., Tidoli, R., & Trabucchi, M. (2017). L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia (Fasc. 6; p. 192).

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 (Fasc. 7; p. 244).

Camera dei deputati. (2021). Case della salute ed ospedali di comunità: I presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale.

Cartabellotta, N., Cottafava, E., Luceri, R., & Mosti, M. (2022). 5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Gimbe.

CENSIS, (2022). *IV report Welfare familiare e valore sociale del lavoro domestico in Italia—Le famiglie, il lavoro domestico, i caregiver, le RSA*.

Consiglio Regionale del Veneto. (s.d.). Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023.

D'Angela, D., Polistena, B., & Spandonaro, F. (2022). Le Performance regionali (X). Locorotondo.

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

Dennis, C., Baxter, P., Ploeg, J., & Blatz, S. (2017). Models of partnership within family-centred care in the acute paediatric setting: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 361–374. <https://doi.org/10.1111/jan.13178>

Dipartimento per gli affari regionali e le autonomie, & Servizio Sanità, lavoro e politiche sociali. (s.d.). Piano Regionale per la non-autosufficienza.

Direzione Generale della digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. (2020). Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale (Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN).

Direzione Generale della programmazione sanitaria, & Ministero della Salute. (2016). Piano Nazionale della Cronicità.

Dlamini, C. P., Khumalo, T., Nkwanyana, N., Mathunjwa-Dlamini, T. R., Macera, L., Nsibandze, B. S., Kaplan, L., & Stuart-Shor, E. M. (2020). Developing and Implementing the Family Nurse Practitioner Role in Eswatini: Implications for Education, Practice, and Policy. *Annals of Global Health*, 86(1), 50. <https://doi.org/10.5334/aogh.2813>

Enhance. (2021-a). Competencies of a Family and Community Nurse. Commissione Europea.

Enhance. (2021.-b). Curriculum europeo per l'infermiere di famiglia e di comunità. Commissione Europea.

European Commission. (2021). Italy: Country Health Profile 2021. OECD Publishing.

European Commission. (2022). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions*.

Figueira, A. B., Barlem, E. L. D., Tomaschewski-Barlem, J. G., Dalmolin, G. de L., Amarijo, C. L., & Ferreira, A. G. (2018). Actions for health advocacy and user empowerment by nurses of the Family Health Strategy. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 52, e03337. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017021603337>

FNOPI. (2020). Position statement. L'infermiere di Famiglia e di Comunità.

Frakking, T., Michaels, S., Orbell-Smith, J., & Le Ray, L. (2020). Framework for patient, family-centred care within an Australian Community Hospital: Development and description. *BMJ Open Quality*, 9(2), e000823. <https://doi.org/10.1136/bmjog-2019-000823>

Galatsch, M., Moser-Siegmeth, V., Blotenberg, B., Große Schlarmann, J., Schnepf, W., & Team des Internationalen Family Health Nursing Projektes, null. (2014). [Family Health Nursing - a challenge for education and training? Results of an European project]. *Pflege*, 27(4), 269–277. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000373>

Hudon, C., Chouinard, M.-C., Aubrey-Bassler, K., Muhajarine, N., Burge, F., Bush, P. L., Danish, A., Ramsden, V. R., Légaré, F., Guénette, L., Morin, P., Lambert, M., Fick, F., Cleary, O., Sabourin, V., Warren, M., & Pluye, P. (2020). Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services: A Realist Synthesis. *The Annals of Family Medicine*, 18(3), 218–226. <https://doi.org/10.1370/afm.2499>

Hudon, C., Chouinard, M.-C., Diadiou, F., Lambert, M., & Bouliane, D. (2015). Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. *The Annals of Family Medicine*, 13(6), 523–528. <https://doi.org/10.1370/afm.1867>

Hudon, C., Chouinard, M.-C., Dubois, M.-F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, É., Lambert, M., Hudon, É., Diadiou, F., & Bouliane, D. (2018). Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services: A Mixed Methods Study. *The Annals of Family Medicine*, 16(3), 232–239. <https://doi.org/10.1370/afm.2233>

Implementation of a nurse-led consultation service for families of the elderly in Switzerland. (2014). *Journal of Family Nursing*, 20(2), 250. <https://doi.org/10.1177/1074840714522576>

Istituto Superiore di Sanità. (2004). *Health 21: La salute per tutti nel 21° secolo*.

Italia domani. (2021). *Relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*.

Jarosz, M. J., & Włoszczak-Szubzda, A. (2013). Family health nursing—A European perspective. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM*, 20(4), 643–644.

Jongudomkarn, D., & Macduff, C. (2014). Development of a family nursing model for prevention of cancer and other noncommunicable diseases through an appreciative inquiry. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 15(23), 10367–10374. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.23.10367>

Looman, W. S. (2020). Teaching Systems Thinking for Advanced Family Nursing Practice: A Theory-Based Tool. *Journal of Family Nursing*, 26(1), 5–14. <https://doi.org/10.1177/1074840719891439>

Mallette, C., Blair, S., Cornelius, N., Jeffrey, M., Jeffs, L., Kauffman, J., Sharpe, C., & Teplitzky, F. (2006). *Supporting and Strengthening Families Through Expected and Unexpected Life Events*. Registered Nurses Association of Ontario

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

Marcellus, L., & MacKinnon, K. (2016). Using an Informed Advocacy Framework to Advance the Practice of Family-Centered Care. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 30(3), 240–242. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000204>

Marmot, M., World Health Organization, & UCL Institute of Health Equity. (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report*. World Health Organization, Regional Office for Europe.

Martin, P., Duffy, T., Johnston, B., Banks, P., Harkess-Murphy, E., & Martin, C. R. (2013). Family health nursing: A response to the global health challenges. *Journal of Family Nursing*, 19(1), 99–118. <https://doi.org/10.1177/1074840712471810>

Maximova, K., Rakovac, I., Elizondo, E. L., Breda, J. J., Stachenko, S., & World Health Organization. Regional Office for Europe. (2018). Towards implementation of the first United Nations time-bound commitment: Strengthening noncommunicable disease surveillance in the European Region. *Public Health Panorama*, 04(03), 446–456.

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. (2021). Nursing practices in the family health strategy in Brazil: Interfaces with illness. *Revista Gaucha De Enfermagem*, 42(spe), e20200117. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200117>

Miguélez-Chamorro, A., & Ferrer-Arnedo, C. (2014). [The family and community nurse: Health agent and model for the chronic patient within the community]. *Enfermeria Clinica*, 24(1), 5–11. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.002>

Ministero della Salute. *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*.

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).

Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. (2022). Documento di indirizzo per il metaprogetto delle case della comunità.

Monitor. Elementi di analisi e osservazione della salute. (2022). Telemedicina e intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza territoriale, 47.

Montoro-Gurich, C., & Garcia-Vivar, C. (2019). The Family in Europe: Structure, Intergenerational Solidarity, and New Challenges to Family Health. *Journal of Family Nursing*, 25(2), 170–189. <https://doi.org/10.1177/1074840719841404>

Next Generation Italia, & Italia domani. (2021). Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

NONPF. (2017). Nurse Practitioner Core Competencies Content.

OMS. (2007). People-centred health care: A policy framework. World Health Organization, Western Pacific Region.

Østergaard, B., & Wagner, L. (2014). The development of family nursing in Denmark: Current status and future perspectives. *Journal of Family Nursing*, 20(4), 487–500. <https://doi.org/10.1177/1074840714557780>

Prioritizing Family Health of Older People in Europe: Current State and Future Directions of Family Nursing and Family-Focused Care. (2019). *Journal of Family Nursing*, 25(2), 163–169. <https://doi.org/10.1177/1074840719852547>

- Purbhoo, D., & Wojtak, A. (2018). Patient and Family-Centred Home and Community Care: Realizing the Opportunity. *Nursing Leadership* (Toronto, Ont.), 31(2), 40–51. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2018.25604>
- Rayner, J., Donald, F., Martin-Misener, R., Glazier, R., & Kopp, A. (2020). Nurse Practitioner Activities in Ontario Family Health Teams: Comparing Three Different Data Sources. *Nursing Leadership* (Toronto, Ont.), 33(2), 67–79. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2020.26236>
- Rossiter, C., Schmied, V., Kemp, L., Fowler, C., Kruske, S., & Homer, C. S. E. (2017). Responding to families with complex needs: A national survey of child and family health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 386–398. <https://doi.org/10.1111/jan.13146>
- Rowe, A., McClelland, & Billingham, K. (2001). *Community health needs assessment an introductory guide for the family health nurse in Europe*. WHO.
- Schmied, V., Homer, C., Fowler, C., Psaila, K., Barclay, L., Wilson, I., Kemp, L., Fasher, M., & Kruske, S. (2015). Implementing a national approach to universal child and family health services in Australia: Professionals' views of the challenges and opportunities. *Health & Social Care in the Community*, 23(2), 159–170. <https://doi.org/10.1111/hsc.12129>
- Senato della Repubblica, & Camera dei deputati. (2021). *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza—Dossier*.
- Silva, N. C. do C. da, Mekaro, K. S., Santos, R. I. de O., & Uehara, S. C. da S. A. (2020). Knowledge and health promotion practice of Family Health Strategy nurses. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73(5), e20190362. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0362>
- Simonetti, V., Comparcini, D., Tomietto, M., Pavone, D., Flacco, M. E., & Cicolini, G. (2021). Effectiveness of a family nurse-led programme on accuracy of blood pressure self-measurement: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 30(15–16), 2409–2419. <https://doi.org/10.1111/jocn.15784>

Stuart, M., & Melling, S. (2014). Understanding nurses' and parents' perceptions of family-centred care. *Nursing Children and Young People*, 26(7), 16–21. <https://doi.org/10.7748/ncyp.26.7.16.e479>

Vendruscolo, C., Silva, K. J. da, Durand, M. K., Metelski, F. K., & Silva Filho, C. C. da. (2020). Nurse's actions in the interface with expanded services of Family Health and Primary Care Center. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 54, e03642. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019008903642>

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. (2000). The family health nurse context, conceptual framework and curriculum. World Health Organization.

World Health Organization. (2015). Health workforce 2030: Towards a global strategy on human resources for health. World Health Organization.

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization.

World Health Organization. (2022). WHO guideline on self-care interventions for health and well-being (2022 revision). World Health Organization.

## SITOGRAFIA

Advanced Practice Nursing in the United Kingdom, disponibile in:  
<https://internationalapn.org/2022/06/19/united-kingdom/> [05 Aprile 2022]

Asociacion de Enfermeria Comunitaria, disponibile in:  
<https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/> [07 Aprile 2022]

Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità (AIFEC), disponibile in:  
<https://www.aifec.it/blog/2021/06/15/rete-dei-master-in-infermieristica-di-famiglia-e-comunita/> [18 Agosto 2022]

Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e in Unione Europea – Indagine EHIS, disponibile in: <https://www.istat.it/it/archivio/204655> [15 Ottobre 2022]

L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida? Istituto Superiore di Sanità (ISS)  
<https://www.epicentro.iss.it/ben/2012/aprile/2> [22 Ottobre 2022]

National Organization of Nurse Practitioners Faculties NONPF, disponibile in:  
<https://www.aanp.org> [04 Aprile 2022]

Rapporto Censis-Fnopi sugli infermieri e la sanità del futuro, disponibile in:  
<https://www.censis.it/welfare-e-salute/rapporto-censis-fnopi-sugli-infermieri-e-la-sanità-del-futuro/rapporto-censis-fnopi> [17 Ottobre 2022]

Universidad Autonoma del Madrid, disponibile in: <https://www.educations.com/study-abroad/universidad-autonoma-de-madrid/master-s-degree-in-research-and-nursing-care-for-vulnerable-populations-839878> [29 Luglio 2022]

Università degli Studi del Molise (UNIMOL), disponibile in:  
<https://www.unimol.it/didattica/centro-unimol-management/alta-formazione/master-a-a-2020-2021/master-finanziati-dalla-regione-molise/master-di-i-livello-in-infermiere-di-famiglia-e-comunita/> [11 Luglio 2022]

Università degli Studi dell'Insubria (UNINSUBRIA) disponibile in: <https://www.uninsubria.it/notizie/infermieristica-e-ostetricia-di-famiglia-e-comunita-al-il-nuovo-master-diretto-da-giulio> [3 Luglio 2022]

Università degli Studi della Campania (UNICAMPANIA), disponibile in: <https://www.unicampania.it/index.php/didattica/master/bandi-di-ammissione/7751-master-di-i-livello-in-infermiere-di-famiglia-e-della-comunita-per-il-bambino-e-l-adolescente-a-a-2020-2021> [11 Luglio 2022]

Università degli Studi di Bologna (UNIBO), disponibile in: <https://www.unibo.it/it/didattica/master/2021-2022/assistenza-infermieristica-in-cure-primarie-e-sanita-pubblica-2013-specialista-in-infermieristica-di-famiglia-e-comunita> [3 Luglio 2022]

Università degli Studi di Chieti-Pescara (UNICH), disponibile in: <https://www.unich.it/news/master-di-i-livello-infermieristica-di-famiglia-comunita-e-welfare-territoriale> [17 Luglio 2022]

Università degli studi di Firenze (UNIFI), disponibile in: [https://www.unifi.it/vp-11853-dipartimento-di-scienze-della-salute-dss.html#infermieristica\\_famiglia\\_comunita](https://www.unifi.it/vp-11853-dipartimento-di-scienze-della-salute-dss.html#infermieristica_famiglia_comunita) [6 Luglio 2022]

Università degli Studi di Genova (UNIGE), disponibile in: [https://dissal.unige.it/didattica/master/primo-livello/master-2021-22\\_I\\_liv/Assistenza%20%20Infermieristica%20di%20Famiglia%20e%20Comunita\\_2021-22](https://dissal.unige.it/didattica/master/primo-livello/master-2021-22_I_liv/Assistenza%20%20Infermieristica%20di%20Famiglia%20e%20Comunita_2021-22) [6 Luglio 2022]

Università degli Studi di Milano (UNIMI), disponibile in: <https://www.unimi.it/it/corsi/corsi-post-laurea-e-formazione-continua/master-e-perfezionamento/catalogo-master/aa-2021/2022-master-di-i-livello-infermiere-di-famiglia-e-di-comunita-aa3> [15 Luglio 2022]

Università degli Studi di Napoli (UNINA), disponibile in: [https://www.unina.it/-/8169213-ma\\_scmt\\_infermiere-di-famiglia-e-di-comunita](https://www.unina.it/-/8169213-ma_scmt_infermiere-di-famiglia-e-di-comunita) [7 Luglio 2022]

Università degli Studi di Roma (UNINT), disponibile in: [https://www.unint.eu/files/2021/AF/Bando\\_Master\\_Infermiere\\_di\\_famiglia\\_e\\_di\\_comunita\\_AA\\_2021\\_22.pdf](https://www.unint.eu/files/2021/AF/Bando_Master_Infermiere_di_famiglia_e_di_comunita_AA_2021_22.pdf) [14 Luglio 2022]

Università degli Studi di Roma (UNIROMA1), disponibile in: <https://www.uniroma1.it/it/offerta-formativa/master/2022/cure-primarie-e-sanita-pubblica-infermiere-di-famiglia-e-comunita> [9 Luglio 2022]

Università degli Studi di Trieste (UNITS), disponibile in: <https://dsm.units.it/it/content/infermieristica-comunita-e-ambito-geriatrico-master-primolivello> [6 Luglio 2022]

Università degli studi di Verona (UNIVR), disponibile in: <https://www.corsi.univr.it/?ent=cs&id=965> [9 Luglio 2022]

Università del Piemonte Orientale (UNIUPO), disponibile in: [https://www.uniupo.it/sites/default/files/2021-11/DR\\_Infermieristica\\_famiglia.pdf](https://www.uniupo.it/sites/default/files/2021-11/DR_Infermieristica_famiglia.pdf)

Università di Ferrara (UNIFE), disponibile in: <https://ums.unife.it/offerta-formativa/infermieristica-di-famiglia-e-di-comunita> [3 Luglio 2022]

Università di Pavia (UNIPV) disponibile in: <https://spmsf.dip.unipv.it/it/didattica/post-laurea/master/master-di-i-livello-infermieristica-di-famiglia-e-di-comunita> [7 Luglio 2022]

Università di Perugia (UNIPG), disponibile in: <https://dimec.unipg.it/dipartimento/archivio-bandi/bando-master-i-livello-in-infermiere-di-famiglia-e-di-comunita-anno-accademico-2021-2022> [17 Luglio 2022]

Università di Pisa (UNIFI), disponibile in: <https://www.unipi.it/index.php/master/dettaglio/3998> [17 Luglio 2022]

Università di Torino (UNITO), disponibile in: <https://www.corep.it/9-master-in-corso/163-master-famiglia-2223.html> [3 Luglio 2022]

Università Politecnica delle Marche (UNIVPM), disponibile in:  
[https://www.univpm.it/Entra/Engine/RAServeFile.php/f/master/2018-2019/Regolamento\\_comprendivo\\_di\\_piano\\_didattico.pdf](https://www.univpm.it/Entra/Engine/RAServeFile.php/f/master/2018-2019/Regolamento_comprendivo_di_piano_didattico.pdf) [14 Luglio 2022]

Università Telematica Unipegaso (UNIEGASO), disponibile in:  
<https://www.unipegaso.it/post-laurea/master-livello-1/sanita/l-infermiere-di-famiglia-e-di-comunita?> [3 Luglio 2022]

Universitat Bremen (UNIBREMEN), disponibile in:  
[https://www.unibremen.de/fileadmin/user\\_upload/fachbereiche/fb11/Community\\_and\\_Family\\_Health\\_Nursing/FB11\\_Flyer\\_Masterstudium\\_CHCN.pdf](https://www.unibremen.de/fileadmin/user_upload/fachbereiche/fb11/Community_and_Family_Health_Nursing/FB11_Flyer_Masterstudium_CHCN.pdf) [27 Luglio 2022]

University of Hertfordshire, disponibile in: <https://www.herts.ac.uk/courses/postgraduate-masters/pgdip-specialist-community-nursing-community-district-nursing> [29 Luglio 2022]

Walden University (WALDENU), disponibile in:  
[https://catalog.waldenu.edu/preview\\_program.php?catoid=128&poid=47322](https://catalog.waldenu.edu/preview_program.php?catoid=128&poid=47322) [27 Luglio 2022]

## ALLEGATI

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	RACCOMANDATO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Vaccinazioni	FACOLTATIVO	

Allegato 1 Standard normativi Casa della Comunità secondo DM 77/22 (Decreto Ministeriale 77/2022, p. 16)

Competencies Family and Community Nurse (EQF-level 7)		ESCO classification of competencies
1	Use the best scientific evidence available	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apply health sciences</li> <li>- Conduct research in advanced nursing care</li> <li>- Develop advanced health promotion strategies</li> <li>- Implement scientific decision making in healthcare</li> <li>- Lead healthcare services changes</li> <li>- Lead research activities in nursing</li> <li>-</li> </ul>
2	Systematically document and evaluate their own practice	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Advise on healthcare users' informed consent</li> <li>- Adhere to organizational guidelines</li> <li>- Analyse the quality of care</li> <li>- Comply with legislation related to health care</li> <li>- Follow clinical guidelines</li> <li>- Manage information in healthcare</li> <li>- Use electronic health records in nursing</li> </ul>
3	Plan, implement and assess nursing care to meet the needs of individuals, families, and the community within their scope of competence.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apply nursing care in long-term care</li> <li>- Apply person-centred care</li> <li>- Diagnose nursing care</li> <li>- Evaluate nursing care</li> <li>- Implement fundamentals of nursing</li> <li>- Implement nursing care</li> <li>- Organise home care for patients</li> </ul>
4	Identify and assess the health status and health needs of individuals and families within the context of their cultures and communities.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interact with healthcare users</li> <li>- Listen actively</li> <li>- Perform health assessment</li> <li>- Plan advanced nursing care</li> <li>- Promote inclusion</li> <li>- Respond to changing situations in healthcare</li> </ul>
5	Provide patient education and build a therapeutic relationship with patients, informal carers and their families.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Develop a collaborative therapeutic relationship</li> <li>- Empathize with the healthcare user</li> <li>- Empower individuals, families and groups</li> <li>- Ensure safety of healthcare users</li> <li>- Provide health education</li> </ul>
6	Work together with the multidisciplinary team to prevent disease and promote and maintain health.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Advise on healthy lifestyles</li> <li>- Coordinate care</li> <li>- Educate on the prevention of illness</li> <li>- Work in multidisciplinary health teams</li> </ul>
7	Apply educational strategies to promote health and safety of individuals and families.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deal with emergency care situations</li> <li>- Initiate life preserving measures</li> <li>- Advise on healthy lifestyles</li> <li>- Develop advanced health promotion strategies</li> <li>- Provide health education</li> </ul>

Competencies Family and Community Nurse (EQF-level 7)		ESCO classification of competencies
8	Involve individuals and families in decisions concerning their own health and wellbeing.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empower individuals, families and groups</li> <li>- Make clinical decisions</li> <li>- Promote human rights</li> </ul>
9	Monitoring and providing long-term care to people affected by chronic and rare illnesses in the community in collaboration with other members of the multidisciplinary team.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organise homecare for patients</li> <li>- Screen patients for disease risk factors</li> <li>- Work in multidisciplinary health teams</li> </ul>
10	Communication competencies based on evidence in relation to a specific context.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apply context specific clinical competences</li> <li>- Interact with healthcare users</li> <li>- Listen actively</li> <li>- Respond to changing situations in healthcare</li> </ul>
11	Promote health in individuals, families and communities.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Provide health education</li> <li>- Provide nursing advice on healthcare</li> <li>- Educate on the prevention of illness</li> <li>- Develop advanced health promotion strategies</li> <li>- Advise on healthy lifestyles</li> </ul>
12	Mentoring students to promote the health and wellbeing of the community.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mentor other health professionals</li> <li>- Participate in health personnel training</li> <li>- Promote a positive image of nursing</li> </ul>
13	Make decisions based on professional ethical standards.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accept own accountability</li> <li>- Follow clinical guidelines</li> </ul>
14	Maintain professional and interprofessional relationships and a supportive role with colleagues to ensure that professional standards are met.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Follow clinical guidelines</li> <li>- Comply with quality standards related to healthcare practice</li> </ul>
15	Multidimensional community health needs assessment to implement appropriate clinical interventions and care management	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apply context specific clinical competences</li> <li>- Apply sustainability principles in healthcare</li> <li>- Impact of social contexts on health</li> <li>- Provide treatment strategies for challenges to human health</li> </ul>
16	Ability to negotiate healthcare with patients and their families, with the multidisciplinary team and healthcare centres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Work in a multidisciplinary team</li> <li>- Work in a multicultural environment in healthcare</li> <li>- Solve problems in healthcare</li> <li>- Interact with healthcare users</li> </ul>
17	Assess the social, cultural, and economical context in which the nurse's patient lives	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Work in a multicultural environment in healthcare</li> <li>- Impact of social contexts on health</li> <li>- Apply context-specific clinical competences</li> </ul>
18	Coordinate and be accountable for attributing community healthcare activities to support workers.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accept own accountability</li> <li>- Delegate activities</li> <li>- Develop plans related to the transfer of care</li> </ul>
19	Accountability for the outcomes of nursing care in individuals, families and the community.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Address problems critically</li> <li>- Accept own accountability</li> <li>- Impact of social contexts on health</li> <li>- Perform health assessment</li> </ul>
20	Development of nurse leadership and decision-making skills to ensure clinical and	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adopt leadership styles in healthcare</li> <li>- Apply organizational techniques</li> </ul>

Competencies Family and Community Nurse (EQF-level 7)		ESCO classification of competencies
	healthcare effectiveness and appropriateness.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clinical decision-making at advanced practice</li> <li>- Contribute to high level health strategic decisions</li> </ul>
21	Alleviate patient suffering.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnose advanced nursing care</li> <li>- Prescribe medication</li> <li>- Implement nursing care</li> <li>- Apply person-centred care</li> </ul>
22	Participate in the prioritization of activities of the multidisciplinary team to address problems related to health and illness.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Work in multidisciplinary health teams</li> <li>- Solve problems in healthcare</li> <li>- Respond to challenging situations in healthcare</li> <li>- Coordinate care</li> </ul>
23	Set standards and evaluate the outcomes related to nursing activities in people's homes and in the community.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse the quality of care</li> <li>- Comply with quality standards related to healthcare practice</li> <li>- Evaluate nursing care</li> </ul>
24	Managing diversity and fostering inclusiveness.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Work in a multicultural environment in health care</li> </ul>
25	Analytic assessment, cultural competence, program planning, and community dimensions of practice to pursue community health promotion goals together with the community multidisciplinary team.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Work in multidisciplinary health teams</li> <li>- Respond to challenging situations in healthcare</li> <li>- Adopt leadership styles in healthcare</li> <li>- Develop advanced health promotion strategies</li> </ul>
26	Manage change and act as agents for change to improve family and community nursing practice.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lead healthcare services changes</li> </ul>
27	Leadership and development, implementation and evaluation of policies for the family and the community for purposes of health promotion.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adopt leadership styles in healthcare</li> <li>- Implement policy in healthcare practices</li> <li>- Inform policy makers on health-related challenges.</li> </ul>
28	Managing health promotion, education, treatment and monitoring supported by ICTs (e-Health)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Use e-health and mobile health technologies</li> <li>- Have computer literacy</li> <li>- Prescribe advanced nursing care</li> </ul>

*Allegato 2 Competencies of a Family and Community Nurse (ENhANCE, 2018, p.1-3)*



	NOV	DIC	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	Ipotesi frequenza
<b>LEZIONI</b>														2 gg/settimana 8 ore accademiche/die
<b>TIROCINIO 1</b>														1 gg/settimana max 8 ore/die
<b>TIROCINIO 2</b>														1 gg/settimana max 8 ore/die
<b>PROJECT WORK</b>														/
<b>VERIFICA FINALE</b>														/

*Allegato 4 Ipotesi calendario accademico*

AREE TEMATICHE	MODULI DISCIPLINARI	OBIETTIVI (Lo studente sarà in grado di:)	CONTENUTI	MODALITA' *	ORE		ORE STUDIO IND.	ORE TOT	CFU	TOT CFU MODULO
					lezioni	seminari				
PREVENZIONE E PROMOZIONE EMPOWERMENT	SOCIETA' E SALUTE	Promuovere consapevolezza e capacità di adottare comportamenti adattivi/funzionali, stili di vita sani, alla prevenzione e alla diagnosi precoce	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ paradigmi salute e malattia</li> <li>_ modelli esplicativi del comportamento di tutela della salute</li> <li>_ multiculturalità, politiche e strumenti per la tutela della salute</li> </ul>	F	24		76	100	4	15
	CULTURA DELLA SALUTE DEL SINGOLO E DELLA COMUNITA'	Sostenere i comportamenti utili per la salute ed aumentare l'empowerment della persona con educazione all'autocura e alla gestione adattiva delle proprie risorse e di quelle della comunità	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ l'ambito dell'autocura: il bisogno e la progettazione del percorso di cura</li> <li>_ indicatori e modalità di rilevazione dello stato di salute</li> <li>_ principi di cura nella comunità: indagini di salute, promozione e prevenzione</li> <li>_ setting di cura e modalità organizzative</li> <li>_ nursing della qualità della vita e della salute</li> </ul>	A	24		76	100	4	
	ORGANIZZAZIONE E RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI	Attivare percorsi proattivi di presa in carico da parte di servizi e risorse sociali presenti nella comunità Fornire risposte dirette a situazioni e bisogni di assistenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ management dei percorsi di cura nel territorio: servizi socio-sanitari</li> <li>_ associazionismo cittadino, terzo settore e sistema scolastico</li> </ul>	F/D	24	10	91	125	5	
	SISTEMI DI INFORMAZIONI PER LA GESTIONE DELLA QUALITÀ E DEL RISCHIO IN AZIENDA SANITARIA	Formazione generale e specifica obbligatoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ riferimenti legislativi</li> <li>_ rischio, danno, prevenzione e protezione</li> <li>_ organizzazione della prevenzione aziendale</li> <li>_ diritti, doveri e sanzione</li> <li>_ organi di vigilanza e assistenza</li> </ul>	F/A	12		38	50	2	

<p>2</p> <p>MANAGEMENT E PERCORSI DI CURA NELLA RETE INTERPROFESSIONAL E</p>	<p>MANAGEMENT DEI PERCORSI DI CURA</p>	<p>Erogare interventi previsti/programmabili in percorsi di assistenza personalizzata</p>	<p>_management dei percorsi di cura con focus su: _patologie croniche: cardiopatie, diabete, disturbi respiratori cronici, ictus _fragilità e disabilità: malattie cerebrovascolari e neurologiche, malattie autoimmuni e/o immunodeficienze, patologie oncologiche, sindrome di down, disabilità (fisiche, intellettive, psichiche), endocrinopatie severe</p>	<p>A</p>	<p>24</p>	<p>76</p>	<p>100</p>	<p>4</p>
<p>EMPOWERMENT E CAREGIVING</p>	<p>Favorire l'aderenza ai piani terapeutici e allo sviluppo di capacità di autocura e caregiving nella cronicità/fragilità</p>	<p>_ fisiopatologia della cronicità e aderenza terapeutica _ strategie di promozione di corretti stili di vita: alimentazione, attività fisica, dipendenze, sovrappeso ed obesità _ modalità di relazione ed alleanza terapeutica _ principi di cura nella famiglia: caregiving e rete sociale</p>	<p>F</p>	<p>24</p>	<p>76</p>	<p>100</p>	<p>4</p>	
<p>QUALITA' DEI PERCORSI DI CURA</p>	<p>Monitorare la qualità del percorso di cura dell'assistito in cooperazione con la persona, la famiglia e la comunità</p>	<p>_approcci allo sviluppo dell'autocura: monitoraggio e valutazione del percorso di cura _partnership terapeutica: coinvolgimento diretto dell'utente nella programmazione ed erogazione dei servizi sanità d'iniziativa e reti socio-assistenziali: integrazione organizzativa e professionale _multiprofessionalità: strumenti per l'ottimizzazione dell'uso delle risorse (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali, Percorsi Assistenziali Individualizzati, Schede di Valutazione Multidimensionale) _sistema informativo condiviso tra professionisti sanitari</p>	<p>F/D</p>	<p>18</p>	<p>20</p>	<p>87</p>	<p>125</p>	<p>5</p>
<p>INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE</p>	<p>Promuovere l'integrazione multiprofessionale e la sanità d'iniziativa ponendo al centro la persona assistita e la sua famiglia Valutare alternative di scelta per azioni efficaci in relazione alla complessità del contesto bio-psico-sociale in cui opera</p>	<p>sanità d'iniziativa e reti socio-assistenziali: integrazione organizzativa e professionale _multiprofessionalità: strumenti per l'ottimizzazione dell'uso delle risorse (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali, Percorsi Assistenziali Individualizzati, Schede di Valutazione Multidimensionale) _sistema informativo condiviso tra professionisti sanitari</p>	<p>F/D</p>	<p>12</p>	<p>10</p>	<p>53</p>	<p>75</p>	<p>3</p>

3	PARTECIPAZIONE AI SERVIZI ESISTENTI ED ESTENSIONE DELL'OFFERTA	INNOVAZIONI E TECNICHE INFERMIERISTICHE	Integrare ed erogare interventi tecnico-assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ conoscenza dalla pratica clinica per migliorare la pratica e gli outcome del paziente, diffondere evidenza dalla domanda, analizzare fonti e linee guida per l'elaborazione di un'assistenza personalizzata</li> <li>_ capacità di gestione di PICC, Midline, pompe infusionali e sistemi di controllo in telemedicina (pacemaker, ICD...)</li> <li>_ capacità di identificare lesioni cutanee e la loro stadiazione/medicazione sulla base delle migliori linee guida</li> <li>_ fisioterapista, MMG, ADI</li> </ul>	F	24	76	100	4	15					
		RETI TERRITORIALE E SERVIZI	Identificare le specificità operative e criticità nei servizi esistenti nel territorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>rete territoriale; principali setting di cura, organizzazione ed offerta:</li> <li>- dimissioni e ammissioni protette</li> <li>- ospedali di comunità</li> <li>- strutture residenziali e semi-residenziali</li> <li>- strutture riabilitative</li> <li>- associazioni di volontariato</li> <li>- medicine di gruppo integrate e farmacie</li> <li>- sistemi scolastici</li> </ul>	A	24	76	100	4						
		SVILUPPO ED INNOVAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI	Identificare caratteristiche e livello di offerta assistenziale nel nuovo modello di organizzazione della sanità nel territorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>nuove sfide per la salute nella società contemporanea</li> <li>_ sistemi sanitari e innovazione: livello di innovazione nel nuovo PNRR</li> <li>_ modelli evoluti di sistemi sanitari nel contesto internazionale</li> </ul>	F/D	18	72	100	4						
		SISTEMI INFORMATIVI E TELEMEDICINA	identificare la necessità e il contributo di un sistema e di un servizio informatizzato appropriato per le nuove esigenze informative e la multiprofessionalità	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ innovazioni digitali per la salute ed il benessere: personalizzazione della cura, telemedicina e teleassistenza</li> <li>_ sistemi informativi e registrazione dei dati</li> <li>_ sistemi informativi nazionali e regionali per i fascicoli sanitari e i percorsi di cura</li> </ul>	F/D	12	53	75	3						
<b>TOTALE</b>										240	60	850	1150	46	
<b>TOTALE LEZIONI FRONTALI (IN PRESENZA E A DISTANZA)</b>										F+A	240				
<b>TOTALE ORE SEMINARI</b>										D	60				
<i>subtotale didattica</i>											300				
<b>TIROCCINIO 1</b>										G	100				4
<b>TIROCCINIO 2</b>										G	100				4
<i>subtotale tirocinio</i>											200				
<b>Ore di studio individuale</b>										G	850				
<b>PROJECT WORK</b>										G	100				4
<b>ESAME FINALE</b>										G	50				2
											1000				60
<b>Tot ore</b>											<b>1500</b>				

Allegato 5 Piano formativo

<b>ENTRATE</b>		
<b>28/A CONTRIBUTO STUDENTI</b>		<b>TOTALE 28/A</b>
QUOTA	NUMERO STUDENTI	€ 40.500,00
€ 2.700,00	15	
<b>28/B ENTRATE RESIDUI</b>		<b>TOTALE 28/B</b>
		€ -
<b>28/C ENTRATE CONTRIBUTO ENTI</b>		<b>TOTALE 28/C</b>
ENTE FINANZIATORE		€ -
CONTRIBUTO MASTER		
CONTRIBUTO BORSE DI STUDIO		
CONTRIBUTO PREMI		
<b>TOTALE ENTRATE</b>		<b>€ 40.500,00</b>

<b>USCITE</b>			
<b>30/A TASSE E TRATTENUTE DI ATENEO/AZIENDA OSPEDALIERA</b>			<b>TOTALE 30/A</b>
PRELIEVO ATENEO SU CONTRIBUTO STUDENTI 15%	PRELIEVO ATENEO SU CONTRIBUTO ENTI (8%)	PRELIEVO AO PD (5%) SUL MINIMO DEI FREQUENTANTI	€ 6.075,00
€ 6.075,00	€ -		
<b>30/B COORDINAMENTO - DIREZIONE</b>			<b>TOTALE 30/B</b>
DIRETTORE	€ 5.000,00		€ 5.000,00
VICEDIRETTORE	€ -		
<b>30/C.1 DIDATTICA - DOCENZA</b>			<b>TOTALE 30/C.1</b>
	<b>Valore</b>	<b>Utilizzo risorse (STIME)</b>	
DOCENTI INTERNI (MIN 30%)	€ 90,00		€ 27.000,00
DOCENTI ESTERNI	€ 90,00		
<b>30/C.2 DIDATTICA - MATORIALE DIDATTICO</b>			<b>TOTALE 30/C.2</b>
E-learning e Attrezzature			
<b>30/D FUNZIONAMENTO E AMMINISTRAZIONE</b>			
	<b>Valore</b>	<b>Utilizzo risorse (STIME)</b>	
TUTOR (SUPPORTO ALLA DIDATTICA)	€ -		€ 2.425,00
ALTRE ATTIVITÀ DI SUPPORTO	€ -	€ -	
Collaborazione personale PTA	€ -	€ 2.425,00	
Uso e/o acquisizione attrezzature/locali	€ -	€ -	
<b>30/E COMUNICAZIONE E PROMOZIONE</b>			<b>TOTALE 30/D</b>
Sito web/pubblicità/organizzazione eventi			
<b>30/F FACILITAZIONI E SUPPORTO STUDENTI</b>			<b>TOTALE 30/E</b>
BORSE DI STUDIO	€ -	€ -	€ -
PREMI DI STUDIO	€ -	€ -	
<b>30/G ALTRO</b>			<b>TOTALE 30/F</b>
Altro (da specificare)	Organizzazione della didattica		
Prelievo da dipartimento			
<b>TOTALE USCITE</b>			<b>€ 40.500,00</b>

Allegato 6 Piano finanziario